

Sjuksköterskor som arbetslagsledare – helhet eller splittring?

En studie av äldreomsorgens organisation i Enköpings kommun



Kitty Lassinantti

FoU-rapport

2/2006

Förord

I äldreomsorgen i Enköpings kommun infördes för några år sen en ny organisation där man skapade arbetslag med 15 – 25 vårdbiträden/undersköterskor. I varje arbetslag tillsattes en sjuksköterska som arbetslagsledare. En grundtanke var att arbetsledning, ansvar för omsorg enligt SoL samt medicinskt ansvar enligt HSL skulle innehas av en och samma person. Man ville med den nya organisationen få en ökad medicinsk kompetens nära brukaren, en kortare väg mellan anställd och närmsta arbetsledare samt en ökad helhetsyn genom att arbetslagsledaren står för såväl medicinsk som social omvårdnad.

Kommunen vände sig under 2005 till FoU äldre vid Regionförbundet för att få hjälp att granska den nya organisationen. Under december – januari 2005/-06 genomförde sociologen Kitty Lassinantti under handledning av FoU äldres vetenskaplige handledare, med dr Mariann Hedström, en explorativ studie. Undersökningen bygger på fokusgruppsintervjuer med fyra grupper av anställda. Dessa har fått ge sin uppfattning om av vad de ser som styrkor, svagheter, möjligheter och hinder i organisationen. I denna begränsade studie är det dock svårt att avgöra vad som beror på organisationsformen med sjuksköterska som arbetslagsledare och vad som beror på andra förhållanden i organisationen. Rapporten tjänar ändå sitt syfte att vara ett diskussionsunderlag för fortsatt utvecklingsarbete samt generera frågeställningar för eventuell fortsatt utvärdering.

Uppsala i april 2005

FoU äldre
Regionförbundet Uppsala län

Sammanfattning

Denna rapport är ett resultat av en studie av ny organisationsmodell för äldreomsorgen i Enköpings kommun som genomförts av FoU äldre, Regionförbundet Uppsala län. Den nya organisationen i Enköping innebär att verksamheten delats in i arbetslag om 15-25 vårdbiträden/undersköterskor, och i varje arbetslag finns en arbetslagsledare som är sjuksköterska. Arbetslagsledaren/sjuksköterskan har ansvar för verkställelse av SoL beslut och fungerar som arbetsledare. En av grundtankarna med den nya organisationen är att ansvar för personal i form av arbetsledning, ansvar för omsorg jml SoL samt medicinskt ansvar jml HSL ska innehas av en och samma person dvs arbetslagsledaren.

Studien utgörs av fokusgruppintervjuer som genomfördes i januari 2006 med fyra grupper av anställda; vårdbiträden/undersköterskor, biståndshandläggare, sjukgymnaster/arbetsterapeuter samt arbetslagsledare. Dessa grupper intervjuades om sin syn på den nya organisationen utifrån tre centrala visioner för den nya organisationen: ökad medicinsk kompetens nära brukaren, kortare väg mellan arbetsledare och personal samt ökat helhetstänkande och helhetssyn i organisationen. Fokusgruppernas reflektioner om upplevda förändringar av den egna yrkesrollen och den egna arbetssituationen är också resultat som lyfts fram under fokusgruppernas diskussioner.

Syftet med denna mindre, explorativa studie är att ge en bild av hur den nya organisationen uppfattas av olika grupper av anställda. Vilka styrkor och svagheter, möjligheter och svårigheter ser man med den nya organisationen? Tanken är att resultatet av fokusgruppintervjuerna ska kunna fungera som diskussionsunderlag för fortsatt utveckling av äldreomsorgens organisation i Enköpings kommun. En annan förhoppning är att resultatet av studien också ska kunna utgöra ett första explorativt led, med syfte att generera frågeställningar för eventuell framtida större utvärdering.

Resultatet av studien visar på att visioner om ökad medicinsk kompetens nära brukaren, kortare väg mellan arbetsledare och personal och ökad helhetssyn/helhetstänkande i organisationen är komplexa och tolkas olika beroende på position och funktion i organisationen. När det gäller ökad medicinsk kompetens så tillbringar exempelvis arbetslagsledarna/sjuksköterskorna i den nya organisationen mindre tid med direkt sjukvård och upplever sig göra färre hembesök hos äldre. Delegationen av sjukvårdsuppgifter från sjuksköterskor till undersköterskor har istället ökat, vilket kan tolkas som att den medicinska kompetensen nära brukaren minskat i organisationen. Å andra sidan har den ökade delegationen också medfört att undersköterskors möjlighet att få använda sig av *sin* kompetens vad gäller sjukvård ökat. Undersköterskans kompetens inom hälso- och sjukvård är något som de intervjuade undersköterskorna menar var en mer eller mindre outnyttjad resurs i den tidigare organisationen.

Undersköterskorna beskriver också något som kan tolkas som en ökad arbetstillfredsställelse när det gäller att ta till vara deras yrkeskompetens. Förändringen av yrkesrollen i form av mer medicinskt orienterade arbetsuppgifter är undersköterskorna i undersköterske/vårdbiträdesgruppen i huvudsak positiva till. Deltagarna menar att undersköterskorna tidigare frågat efter att få göra mer ”uskjobb” men att sjuksköterskorna tidigare varit ovilliga släppa ifrån sig arbetsuppgifter. Undersköterskor upplever att de i högre utsträckning får göra arbetsuppgifter som uppfattar motsvara deras kompetens. Undersköterskorna i studien är dock kritiska mot att kraven på dem att utföra sjukvårdsuppgifter läggs ovanpå ”vårdbiträdesarbetsuppgifter”, att de får tyngre arbetsbörda än vårdbiträden, och att de inte fått tillräcklig kompensation för detta. Resultatet av studien pekar på att det finns en ökad differentiering vad gäller

arbetsuppgifter i vårdbiträdes- och undersköterskegruppen, där arbetslaget delats upp i vårdbiträden som gör vårdbiträdesjobb och en mer sjukvårdsorienterad undersköterskegrupp som gör ”undersköterskejobb och vårdbiträdesjobb”. Detta kan tolkas som att det skett en ökad ”medikalisering” av undersköterskornas yrkesroll och arbetsuppgifter. För att det ska vara möjligt att tolka utvecklingen som att det i dagens organisation finns ökad medicinsk kompetens nära brukaren, handlar det om undersköterskors och vårdbiträdens utrymme att utveckla och få stöd i sitt arbete, och i vilken mån de får utbildning och handledning i den utsträckning som efterfrågas och krävs. Handledning, utbildning, och stöd i det dagliga arbetet är områden som såväl arbetslag som arbetslagsledare anser borde utvecklas och förbättras.

När det gäller kortare väg mellan arbetsledare och personal finns även här svårtolkade och motstridiga signaler. Å ena sidan finns en daglig kontakt mellan arbetslagsledare och arbetslag, och informationsöverföringen upplevs fungera mer tillfredställande i dagens organisation, där arbetslagsledarens funktion som sammanhållande länk i organisationen lyfts fram. Detta kan å andra sidan kontrasteras mot arbetslagets upplevelse av avsaknad av stöd i det dagliga arbetet. Bristen på stöd i det dagliga arbetet kopplas till arbetslagsledarnas tidsbrist och splittrade arbetssituation. Oro för arbetslagsledarnas hälsa i relation till deras arbetssituation och arbetsbörda uttrycks av såväl vårdbiträdes/undersköterskegruppen som arbetslagsledarnas själva. Arbetslagets självständighet kontra behov av stöd och uppbackning i det dagliga arbetet är en annan fråga som aktualiseras i diskussionerna.

Om den nya organisationen lett till ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande i organisationen är även detta en komplex fråga. Å ena sidan menar arbetslagsledarna att de i sin funktion har ökade möjligheter att etablera mer helhetssyn i relation till brukaren. Denna helhetssyn har sin grund i arbetslagsledarens centrala position i organisationen, där arbetslagsledaren finns i centrum för informationsöverföring och får därigenom tillgång till mer kunskap om brukaren. Det utökade teamarbetet ses också som något som ger större möjlighet att etablera mer helhetssyn i mötet med brukaren. Detta gäller särskilt i vårdplaneringssituationen, där arbetslagsledaren beskrivs ha en central funktion i mötet med den utskrivningsklara. Å andra sidan beskriver såväl arbetslagsledargruppen som undersköterske/vårdbiträdesgruppen sin arbetssituation som splittrad. Arbetslagsledarens funktion som innebär att ha ansvar för ”allt” ger i realiteten en mycket splittrad och ofta svårplanerad arbetssituation, där HSL-tiden pekas ut som särskilt problematisk att hantera.

Definitionen av vad som är helhetssyn och helhetstänkande blir också annorlunda beroende på om helhetssyn ses i relation till *verksamhetens behov* eller om helhetssyn ses utifrån den enskilde *individens behov*. Då undersköterske- och vårdbiträdesgruppen beskriver sitt arbete i form av mötet med brukaren, präglas detta av strikt uppgiftsorientering och tidsstyrning. De tidsmässiga ramarna beskrivs som alltför snäva för att vårdbiträdet/undersköterskan ska uppleva sig ha möjlighet att agera flexibelt och möta brukarens behov, och undersköterskans/vårdbiträdets arbete styrs också av upplevda förbud mot att agera självständigt och göra något ”som det inte finns beslut på”. Verksamheten framställs som fragmenterad, hårt styrd, uppgiftsorienterad med mycket lite möjlighet för den som ger omsorgen och vården att anpassa denna efter den enskildes behov där och då. Om detta kontrasteras mot arbetslagsledarnas ökade helhetssyn och helhetsstänkande kan detta tolkas som att det finns ett glapp mellan olika nivåer i organisationen där arbetets organisering och uppdelning inte ger vårdbiträden och undersköterskor stora förutsättningar att arbeta utifrån helhetssyn och helhetstänkande i relation till brukarens behov.

Innehållsförteckning

Inledning	7
<i>Bakgrund</i>	7
<i>Genomförandet av FoU studien</i>	8
Resultat	10
1. Ökad medicinsk kompetens nära brukaren?	10
1.1. <i>Medicinsk kompetens - en fördel i rollen som arbetslagsledare</i>	10
1.1.1. Arbetsledarens medicinska kompetens - fördel för de multisjuka	10
1.2. <i>Färre sjuksköterskebesök hos brukaren - ökad delegering av sjukvårdsuppgifter</i>	11
1.2.1. Mindre sjukvård för sjuksköterskan - mer sjukvård för undersköterskor	11
1.3. <i>Förändringar av undersköterskans yrkesroll</i>	12
1.3.1. Undersköterskor vill göra ”uskjobb”	12
1.3.2. Ökad arbetsbörda för undersköterskor	13
1.3.3. Ökad differentiering mellan vårdbiträden och undersköterskor	13
1.3.4. Mer tid för handledning och stöd önskas	14
1.4. <i>Arbetsituation, arbetstyngd och yrkesroller</i>	15
1.4.1. Mer ansvar, fler arbetsuppgifter - hur mycket kan arbetslaget ta på sig?	15
1.4.2. Vad rymms inom ramen för vad en undersköterska ska göra? Och vad ska en sjuksköterska/chef ansvara för?	15
1.4.3. Arbetslagsledaren - splittrad och svårplanerad arbetsituation	16
1.4.4. ”Det medicinska är svårt att styra över”	16
1.4.5. Hur ska tiden räcka till för sjukvården?	17
2. Kortare väg mellan anställd och närmsta arbetsledare?	17
2.1. <i>Arbetslagsledaren som ledare och chef</i>	18
2.1.1. Arbetslagsledaren - jagad av ständig tidsbrist	18
2.1.2. ”Man vill inte störa”	19
2.1.3. Att vara tillgänglig som chef samtidigt som gruppen tar eget ansvar	19
2.1.4. Nära mellan personalgrupp och arbetsledare?	20
2.2. <i>Arbetslagsledaren - central länk för informationsflödet i organisationen</i>	21
2.2.1. Snabbare och bättre informationsflöde	21
2.2.2. ...men färre direkta kontakter med arbetslaget	21
3. Ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande i den nya organisationen?	22
3.1. <i>Arbetslagsledarna om helhetssyn</i>	23
3.1.1. Mer kunskap om brukaren	23
3.1.2. Enklare för brukaren	23
3.2. <i>Arbetslagsledaren - sammanhållande länk och en del av teamet</i>	24
3.2.1. Arbetslagsledaren - mer delaktig i planeringen av insatser	24
3.2.2. Mer involverade i arbetet kring brukaren	24
3.2.3. Arbetslagsledaren - ansvarig för vårdplaneringar	25
3.2.4. Arbetslagsledaren - central för teamarbetet	25
3.2.5. Teamarbetet - ökad trygghet för brukaren vid vårdplaneringar	26
3.2.6. ... men en nackdel med alltför många deltagare	26
3.2.7. Teamarbete underlättar rehabiliterande förhållningssätt	27
3.3. <i>Att prioritera mellan SoL och HSL</i>	28
3.3.1. Svåra prioriteringar	28
3.3.2. Det medicinska prioriteras i första hand	28
3.4. <i>Förutsättningarna för att arbeta i enlighet med ett helhetstänkande</i>	29
3.4.1. Arbetslagsledarna - Helhetstänkande men splittrade	29
3.4.2. Tungrodd administration för arbetslagsledare	29
3.4.3. ...och för arbetslaget	31

3.4.4. Tidsstudie på brukarnas bekostnad	32
3.4.5. ”Kontrolluppgiftstänkande” – tidskrävande och kostsamt	33
3.5. <i>Vårdbiträden och undersköterskor om ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande</i>	34
3.5.1. Minutstyrning och uppgiftsorienterat arbete	34
3.5.2. Helhetstänkande - ur verksamhetens eller brukarens perspektiv?	34
3.5.3. Förutsättningarna för vårdbiträden/undersköterskor att arbeta utifrån en helhetssyn begränsade	35
Slutdiskussion	36
<i>Ökad medicinsk kompetens nära brukaren?</i>	36
<i>Nära mellan arbetsledare och arbetslag?</i>	38
Hur ska arbetslagsledaren förhålla sig till olika krav och rollförväntningar?	38
Administrationen tar tid från omsorgsarbetet.....	39
<i>Ökad helhetssyn och helhetstänkande?</i>	40
Helhetstänkande arbetslagsledare - men fragmenterat och uppgiftsorienterat arbete för arbetslagen.....	40
Referenser	42

Inledning

Detta är en avrapportering av en studie som FoU äldre, Regionförbundet Uppsala län genomfört av ny organisationsmodell för äldreomsorgen i Enköpings kommun. Underlag för studien utgörs av fyra gruppintervjuer med anställda inom ett av äldreomsorgens verksamhetsområden.¹ Syftet med denna explorativa studie är att den ska kunna utgöra diskussionsunderlag för fortsatt utveckling av äldreomsorgens organisation i Enköpings kommun, samt även generera frågeställningar för eventuell fortsatt utvärdering.

Bakgrund

År 2001 påbörjades införandet av ny organisation av äldreomsorgen i Enköpings kommun. Tidigare var äldreomsorgens organisation uppdelad i olika verksamhetsområden där en funktion, (enhetschef), hade ansvar för personalfrågor och verkställning av SoL-beslut, och en funktion, (kommunal sjuksköterska) hade det medicinska ansvaret och ansvar för HSL-beslut. Enhetschefen hade personalansvar för gruppen vårdbiträden och undersköterskor och gentemot brukaren ansvar för insatser jml SoL. Den kommunala sjuksköterskan ansvarade för sjukvården.

Den nya organisationen innebär istället en uppdelning inom varje verksamhetsområde i *arbetslag* om 15-25 vårdbiträden/undersköterskor. I varje arbetslag finns en *arbetslagsledare* som är sjuksköterska. Arbetslagsledaren/sjuksköterskan har ansvar för verkställelse av SoL beslut och fungerar som arbetsledare. En av grundtankarna med den nya organisationen är att ansvar för personal i form av arbetsledning, ansvar för omsorg jml SoL samt medicinskt ansvar jml HSL ska innehas av en och samma person. Visionen med den nya organisationen (som den framställs i olika dokument) är att den nya organisationen i mindre arbetslag med en arbetslagsledare som samtidigt är sjuksköterska ska ge:

- ökad medicinsk kompetens nära brukaren
- kortare väg mellan anställd och närmsta arbetsledare
- ökad helhetssyn genom att arbetslagsledaren står för såväl medicinsk som social omvårdnad²

Äldreomsorgsorganisationen är indelad i fem verksamhetsområden³ med en verksamhetschef för varje område. Antal arbetslag och arbetslagsledare varierar mellan olika verksamhetsområden. Totalt finns 22 arbetslagsledare. Verksamhetschefen har mellan åren 2002-2005 haft ett mer övergripande ansvar för ekonomi och budget. Fr o m årsskiftet 2005/2006 övergick delar av de arbetsuppgifter som verksamhetschefen tidigare haft till de olika arbetslagsledarna i varje verksamhetsområde. Arbetslagsledaren övertog bl. a. ansvaret för verksamhetens budget samt fick utökat ansvar och befogenheter i personalfrågor och kallas fr. o m jan 2006 för enhetschef.

Utöver beslutet om att införa en organisationsmodell med utgångspunkt i mindre arbetslag med arbetslagsledare så beslutade nämnden för Vård och Service i Enköpings kommun den 1 januari 2005 att införa ett rehabiliterande arbetssätt enligt Östersundsmodellen. Detta innebär

¹ Sjuksköterskor/arbetslagsledare, vårdbiträden, undersköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster från ett och samma verksamhetsområde har deltagit i fokusgruppintervjuer.

² Syftet med organisationen framgår i övrigt av tjänsteskrivelse till Vård- och servicenämnden 2001-11-18.

³ Uppgifter från oktober 2005. Indelningen utgår från en geografisk uppdelning.

att ”all personal ska utgå från ett rehabiliterande förhållningssätt i mötet med den äldre, dvs att vara stödande istället för hjälpande, väcka individens intresse för egna resurser och möjligheter och uppmuntra till egen problemlösning och eget handlande”.⁴ Teamarbetet är centralt i Östersundsmodellen, som förutsätter tidiga och samordnade insatser från olika kompetensområden. Tanken är att teamets sammansättning ska styras av individens samlade behov, vilket ska kunna tillgodoses tidigt och samordnat. Genom bättre samordning, samverkan och inriktning mot rehabiliterande insatser i ett tidigt skede ska brukaren förhindras från att ”komma in i ett hemtjänstbehov”. Östersundsmodellen förväntas minska antalet hemtjänsttimmar och därmed minska kostnaderna. Det professionella teamarbetet där rehabpersonal, biståndshandläggare och arbetslagsledare ingår och som inspirerats av Östersundsmodellen ger ytterligare en dimension till förståelsen av arbetslagsledarens funktion i organisationen.

Genomförandet av FoU studien

Att samla ansvar för personal, ansvar för sjuksköterskeinsatser inom HSL och ansvar för verkställelse av SoL-beslut hos en och samma person, arbetslagsledaren, på det sätt som görs i Enköpings kommun uppfattas som ett unikt grepp inom svensk äldreomsorg idag.⁵ Förvaltningsledningen vid Enköpings Vård och Service Förvaltning (VSF) har därför uttryckt önskemål till FoU Äldre, Regionförbundet Uppsala län om att få hjälp att utvärdera och dokumentera organisationsmodellen ytterligare.

FoU äldre Regionförbundet Uppsala län har, utifrån en bedömning av de förutsättningar som fanns hos Regionförbundet, beslutat att genomföra en mindre kvalitativ studie. Studien genomfördes under perioden dec 2005-jan 2006, och syftet med studien var, som tidigare nämnts, att kunna fungera som diskussionsunderlag för fortsatt utveckling av äldreomsorgens organisation i Enköpings kommun, samt även generera frågeställningar som kan vara av intresse eller utgöra underlag för eventuell framtida utvärdering.

Hur arbetslagsledarna upplevde sin nya yrkesroll och den egna arbetssituationen har till viss del utvärderats internt i Enköping (Zamore, 2004). Synen på den egna yrkesrollen och arbetssituationen är ett tema som finns med även i föreliggande studie, men studien har även haft en ambition att förhålla sig till organisationsförändringen i ett vidare perspektiv. De intervjuade har därför också fått förhålla sig till organisationen utifrån ovanstående 3 visioner med den nya organisationen, dvs ökad medicinsk kompetens nära brukaren, kortare väg mellan arbetsledare och personal samt helhetstänkande och helhetssyn i organisationen.

Då studien är explorativ och syftet är att få in information med stor bredd var fokusgruppintervjuer den metod som bedömdes vara mest lämpad för att samla in underlag till studien. Fokusgruppintervjuer är en metod som ger utrymme för deltagare att i diskussion med andra reflektera över den egna yrkesrollen och verksamheten (Wibeck, 2000). Under fokusgruppintervjuerna har olika personalkategorier inom ett och samma verksamhetsområde samlats för att under 1-1,5 timme ge sin syn på den nya organisationen.

Urvalet av verksamhetsområde har skett i samråd med förvaltningsledning. Kriteriet för urvalet var att det inom verksamhetsområdet skulle finnas informanter med erfarenhet av att ha arbetat länge i den nya organisationen (och helst också av att ha arbetat i den gamla), samt ett verksamhetsområde med bredd i erfarenheter (såväl hemtjänst som särskilda boenden) då

⁴ Se www.akademikerhuset.se/www/fsa/textarkiv.nsf för en utförlig beskrivning av Östersundsmodellen

⁵ Förvaltningschef, muntlig kommunikation

en stor variation eftersträvades. Sammanlagt har fyra gruppintervjuer genomförts, och grupperna har varit homogena, d v s intervjuats gruppvis utifrån yrkestillhörighet; arbetslagsledare för sig och biståndshandläggare för sig e t c⁶. Biståndshandläggargruppen bestod av två personer, i gruppen rehabpersonal har tre personer intervjuats, gruppen arbetslagsledare bestod av sex personer och sex vårdbiträden/undersköterskor från sex olika arbetslag medverkade i fokusgruppintervjun. Intervjuerna varade 1-1,5 timme, spelades in och skrevs sedan ut. Totalt har 17 personer deltagit i gruppintervjuerna.

Vid intervjuerna med vårdbiträden/undersköterskor och arbetslagsledare ombads gruppdeltagarna reflektera kring tre visioner och målsättningar för den nya organisationen. Ökad medicinsk kompetens nära brukaren, kortare väg mellan anställd och närmsta arbetsledare samt ökad helhetssyn var teman som utgjorde underlag för gruppintervjuerna med arbetslagsledargruppen och undersköterske/vårdbiträdesgruppen. Dessa frågeställningar har, tillsammans med kompletterande frågor utgjort ramen för diskussionerna. I intervjuerna med biståndshandläggare och rehabpersonal har ovanstående tre teman inte uppfattats som lika centrala, utan där har diskussionerna berört andra aspekter av den nya organisationen, och då framförallt arbetslagsledarens funktion som medlem i det professionella teamet.

Då avsikten med denna explorativa gruppintervjustudie var att vara öppen för teman och aspekter som tas upp av gruppdeltagarna själva har jag i rollen som moderator inte velat begränsa diskussionen till att enbart röra förutbestämda frågeställningar, utan försökt vara öppen för de samtalsämnen som kommit upp under gruppens diskussioner. I den mån dessa bedöms vara intressanta kommer även resultatet av dessa diskussioner att redovisas.

Deltagarna i gruppintervjuerna hade, då de ombads reflektera över den nya organisationen, ofta sin utgångspunkt i den egna yrkesrollen och den egna arbetssituationen, samt upplevda förändringar av densamma. En aspekt som jag som moderator valt att lyfta in i gruppdiskussionen har varit brukarperspektivet. Alla grupper har (såvida inte gruppen självmant kom in på detta tema) ombetts att också förhålla sig till den nya organisationen utifrån ett brukarperspektiv. Detta är ett försök att kompensera för att en viktig part, brukaren, saknas i denna studie. På grund av studiens begränsning var det inte möjligt att göra en brukarundersökning, vilket hade gett ytterligare en dimension i förståelsen av hur den nya organisationen upplevs. Förhoppningsvis kan ändå de reflektioner som deltagarna i denna studie gör av vad den upplevs få för konsekvenser för brukaren ge en indikation på frågeställningar på brukarnivå som skulle vara intressanta att gå vidare med i en eventuell framtida utvärdering.

⁶ Två av grupperna är inte helt homogena, det gäller gruppen undersköterskor och vårdbiträden som intervjuades tillsammans. Rehabpersonalgruppen är inte heller helt homogen då den består av arbetsterapeuter och sjukgymnast från verksamhetsområdet.

Resultat

I resultatredovisningen kommer resultaten från de olika fokusgruppintervjuerna att presenteras utifrån de tre teman som redogjorts för tidigare: 1) Ökad medicinsk kompetens nära brukaren 2) Kortare väg mellan anställd och närmsta arbetsledare samt 3) Ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande i organisationen. I diskussionen görs en sammanfattning av vad som förts fram under fokusgruppintervjuerna av olika grupper, hur detta kan tolkas samt vilka frågor som väckts som kan vara av intresse för fortsatta studier/utvärderingar.

Ett problem vid studiens genomförande var att arbetslagsledarrollen var under förändring. Från årsskiftet 2005/2006 övergick arbetslagsledaren till att bli enhetschef och övertog som sådan bl. a. ansvaret för verksamhetens budget. Då intervjuerna genomfördes i början av januari så hade arbetslagsledarna visserligen tillträtt sin nya tjänst, men det fanns i organisationen ännu mycket lite konkret erfarenhet av hur den nya enhetschefsrollen med budgetansvar fungerade. Under intervjuerna talar därför samtliga grupper främst utifrån sina erfarenheter av arbetslagsledarrollen och den organisation som funnits fram till 060101. I de fall deltagarna talar om enhetschefsrollen så handlar det om förväntningar eller farhågor om vad denna kommer att medföra. I resultatredovisningen nedan har jag därför valt att använda mig av benämningen arbetslagsledare på den yrkesgrupp som i dagens organisation benämns enhetschef.

1. Ökad medicinsk kompetens nära brukaren?

Ett av syftena med organiseringen i mindre arbetslag med en sjuksköterska som arbetslagsledare var att detta skulle leda till ökad medicinsk kompetens nära brukaren. Hur resonerar då de olika fokusgrupperna om medicinsk kompetens i organisationen? Har den förändrats och på vilket sätt?

1.1. Medicinsk kompetens - en fördel i rollen som arbetslagsledare

1.1.1. Arbetsledarens medicinska kompetens - fördel för de multisjuka

Vad gäller ökad medicinsk kompetens nära brukaren så menar arbetslagsledargruppen att det faktum att arbetsledaren för hemtjänst också har kunskap och ansvar för hälso- och sjukvård kan vara särskilt positivt för den grupp äldre som kallas multisjuka⁷. Denna grupp av äldre tror arbetslagsledargruppen tjänar särskilt mycket på att arbetsledaren av hemtjänst också har sjukvårdskompetens, och att detta kan ge en helhetsbild av personen:

-De som är multisjuka tjänar ju på det för de har ju någon som de kan ringa till som har kunskap om dem, de behöver inte förklara om situationen varje gång de ringer. För är du multisjuk så har du ofta mycket SoL-insatser och då blir vi inkopplade där också, på två ställen, för att de är multisjuka. För den gruppen måste det nog vara skönt med en helhetsbild, det tror jag.

I: Hur stor är den gruppen?

-Väldigt stor tycker vi

-Kanske inte jättemånga, men de tar mycket tid, de är tidskrävande (arbetslagsledargruppen)⁸

⁷ Hjälpstagare med flertal diagnoser som är i behov av mycket hälso- och sjukvårdsinsatser och ofta mycket hemtjänstinsatser, se Gurner och Thorslund, 2003)

⁸ I resultatredovisningen återges efter varje citat om citaten kommer från intervjun med arbetslagsledargruppen, undersköterske-vårdbiträdesgruppen, rehabgruppen eller biståndshandläggargruppen. Citat markeras då en person citeras med citattecken eller, då delar av samtal mellan gruppdeltagare används, med talstreck. Inlägg från intervjuaren markeras med I:....

1.2.Färre sjuksköterskebesök hos brukaren - ökad delegering av sjukvårdsuppgifter

1.2.1. Mindre sjukvård för sjuksköterskan - mer sjukvård för undersköterskor

Något som arbetslagsledarna däremot upplever som en negativ konsekvens av att sjuksköterskorna blivit arbetslagsledare är att sjuksköterskan/arbetslagsledaren i dagens organisation har mindre tid för brukarkontakter och hembesök än vad man hade tidigare i arbetet som kommunal sjuksköterska:

”Det kan nog vara lättare för dem att det är en person att vända sig till. Men däremot så har ju inte vår tid för dem ökat. Där är det ju tvärtom. Visst tänker man på ett annat sätt, man har ju mer helhetstänkande när man har både SoL och HSL men samtidigt så har man ju inte lika mycket tid.”(arbetslagsledargruppen)

En konsekvens av den nya organisationen anses vara att arbetslagsledarna p g a en hög arbetsbelastning tvingats släppa delar av sjukvårdsarbete som tidigare tillhört sjuksköterskearbetet och att fler arbetsuppgifter delegeras till arbetslaget. Undersköterske- och vårdbiträdesgruppen tar i sina diskussioner upp att arbetslagsledarna inte hinner med det medicinska på samma sätt som när de arbetade enbart som sjuksköterskor, och att sjuksköterskans hembesök och kontakter med de äldre upplevs ha minskat. Undersköterske- och vårdbiträdesgruppen menar att den medicinska kompetensen i organisationen *minskat* p g a att sjuksköterskan/arbetslagsledaren har mindre tid för hembesök:

*-De har ju fått mer att göra så den [medicinska kompetensen] har ju minskat p g a det /.../Man märker ju när man går till sköterskorna att de har ju hur mycket som helst att göra /.../ De hinner ju inte /.../vi har ju fått så mycket undersköterskejobb nu för de har ju inte tid att göra det
-De har ju totalt släppt det där (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)*

Att den medicinska kompetensen upplevs minska istället för öka ses som ett resultat av att arbetslagsledaren/sjuksköterskan har en pressad arbetssituation och därför prioriterar bort hembesök. Arbetslagsledaren finns på plats kontorstid. Kvällar och helger finns joursjuksköterska att tillgå. Både arbetslagsledaren och joursjuksköterskan upplevs av arbetslaget ibland ha så hög arbetsbelastning att de har svårt att hinna med hembesök, vilket leder till att arbetslaget ibland upplever sig vara tvungna att göra bedömningar som de egentligen inte anser sig vara utbildade för att göra:

*”Man får ha det ansvaret att kunna se om de måste skickas in till akuten och såna saker. Helger och kvällar. Man måste göra en bedömning som man inte är utbildad för”
(undersköterske/vårdbiträdesgruppen)*

En annan aspekt av den ökade delegeringen är att information som äldre förut fick vid hembesök av sjuksköterska nu går via undersköterskor och vårdbiträden. Sjuksköterskan går ut på akuta ärenden men deltar inte lika mycket i det löpande arbetet. Undersköterske- och vårdbiträdesgruppen upplever att de inte alltid har svar på alla frågor som ställs av de äldre:

”Och sen är det ju det att då är det kanske vi [undersköterskor eller vårdbiträden]som kommer istället. Och då har de kanske saker som de vill fråga om som vi faktiskt inte kan svara på för vi är ju fortfarande inte sjuksköterskor/.../ ibland så kanske de vill ha det här besöket av en sjuksköterska någon gång i alla fall. /.../ Nu går de [sjuksköterskorna] bara ut på akuta fall, om vi verkligen säger till.”(undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Arbetslagsledarna menar att de tvingas prioritera bort en del hembesök p g a tidsbrist, och oroar sig för att man på så sätt tappar en del av sjuksköterskerollen som var en viktig tanke med arbetslagsledaren, att i egenskap av sjuksköterska borga för den medicinska kompetensen och kunskapen i kontakten med brukaren. Arbetslagsledarna menar att minskade hembesök också kan ha att göra med att hembesök av sjuksköterska kostar⁹ och att den enskilde brukaren p g a detta blivit mer restriktiv med att fråga efter sjuksköterskebesök. Att sjuksköterskans hembesök minskat uppfattas som negativt i de fall brukaren skulle behöva besök men avstår p g a dålig ekonomi. För vissa brukare kan avgift för sjuksköterskans hembesök också vara något som minskat ”onödiga” sjuksköterskebesök:

”Som rena sjuksköterskor eller distriktssköterskor så var vi ju mer ute hos brukaren, hemma hos brukaren, men det har ju också att göra med att då ingick vårt besök i hemtjänstavgiften. Nu får de betala för vårt besök och då är det många som säger nej för de har inte råd med att sjuksköterskan kommer hem till dem. /.../ Det är på gott och ont tycker jag. Det är ju en del som skulle behöva besök men som säger nej av ekonomiska skäl och andra där man styr upp det som tyckte att vi skulle springa där väldigt ofta. De kanske inte var riktigt i behov av det, och det var ibland svårt att avstyra vissa personer. Men idag så blir det ju en sanering för då vill man helt plötsligt inte betala för det.”(arbetslagsledargruppen)

1.3. Förändringar av undersköterskans yrkesroll

Då arbetslagsledarna upplevs ha mindre tid för direkta brukarkontakter och hembesök blir resultatet att flera av de uppgifter som sjuksköterskan tidigare utförde nu delegeras till undersköterskor och vårdbiträden. Arbetsuppgifter som delegeras till undersköterskor är exempelvis sårvård, provtagning och att handha mediciner. Hur mycket arbetsuppgifter och ansvar som arbetslagsledarna delegerar varierar mellan olika arbetslag, men att delegeringen generellt sett ökat i den nya organisationen och utgör ett betydande inslag framgick tydligt av gruppintervjuerna. Flera av de intervjuade arbetslagsledarna lyfte under intervjun fram det positiva med att kunna delegera, att de uppfattar arbetslagets kompetens som god och litar på deras omdöme. Samtidigt ställer detta nya och ökade krav på undersköterskor och vårdbiträden, och undersköterskor i synnerhet, vilket undersköterskorna i fokusgruppintervjun menar fått både positiva och negativa effekter för den egna yrkesrollen.

1.3.1. Undersköterskor vill göra ”uskjobb”...

Den ökade delegationen verkar framför allt ha förändrat undersköterskans yrkesroll då flera medicinska arbetsuppgifter nu delegeras till undersköterskorna. Förändringen av yrkesrollen i form av mer medicinskt orienterade arbetsuppgifter är undersköterskorna i undersköterske/vårdbiträdesgruppen i huvudsak positiva till. Deltagarna menar att undersköterskorna tidigare frågat efter att få göra mer ”uskjobb” men att sjuksköterskorna tidigare varit ovilliga släppa ifrån sig arbetsuppgifter:

*-Innan det här då var det ju tvärtom, då sa vi ju till att kan inte vi få göra **någonting**, vi är ju i alla fall undersköterskor! /.../ Då lovade de att du kan få gå och lägga om ett sår ibland ... jag menar det var ju knappt någonting då*

⁹ From 1 jan 2005 slog VSF i Enköpings kommun ihop hemsjukvårdsavgiften och hemtjänstavgiften vilket innebär att vårdtagaren/omsorgsmottagaren betalar en timtaxa på 120 kr i timmen oavsett om besöket från hemtjänstpersonal gäller delegerade sjukvårdsuppgifter eller hemtjänst. Detta innebär att då arbetslagsledaren gör hembesök p g a sjukvårdande insats debiteras vårdtagaren extra för detta (80 kr per besök).

-Det var ju jättelite, de ville göra det där själva för de hade ju så att det räckte då. Då var det ju distriktssköterskor de var.

-Då fick inte vi göra några usk-jobb alls i stort sett...och nu har det nästan gått över styr åt andra hållet

I: Så det fanns tidigare en känsla av att man ville göra mer?

-Ja, absolut, och det vill man väl idag också, jag tycker att det är jättekul, det är det jag är utbildad till. (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

1.3.2. Ökad arbetsbörda för undersköterskor

Att undersköterskorna fått överta fler av de arbetsuppgifter som sjuksköterskorna tidigare utförde själva har samtidigt ökat arbetsbördan för undersköterskorna. De intervjuade menar att undersköterskan förväntas ge omsorg till samma antal brukare som vårdbiträden och att man utöver detta dessutom har kravet på sig att sköta de delegerade undersköterskeuppgifterna. Detta lyfter deltagarna fram som en orättvisa i relation till vårdbiträdens arbetssituation:

*-Vårdbiträden de har ju **det** jobbet. Vi som är undersköterskor vi har vårdbiträdesjobben **plus** undersköterske[jobbet]*

-Vi som är usk:or vi får ju springa livet ur oss för vårdbiträdena de kan ju inte göra det som vi kan. /.../ Har jag 5 stycken som jag ska till på morgonen så har ju du som är vårdbitråde också 5. Vi säger att det tar lika lång tid för mig att göra de här 5 som det tar för dig att göra de här 5 och så är det 3 undersköterskejobb, det är PK-prover och det är insulin och det är nåt mer, då får jag ta det ovanpå. Det är ingen som tar något jobb för mig för att jag ska hinna med det där utan det får jag ta ovanpå medan den som är vårdbitråde...grattis att du hann få en kopp kaffe. Jag hann inte det. Så är det. (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

1.3.3. Ökad differentiering mellan vårdbiträden och undersköterskor

Den bild vårdbiträdes- och undersköterskegruppen ger är att skillnaden mellan undersköterskor och vårdbiträdens arbetsuppgifter har ökat. Där vårdbiträden och undersköterskor tidigare har utfört i stort sett samma arbetsuppgifter så får man nu intrycket av att arbetslaget delats upp i vårdbiträden som gör vårdbiträdesjobb och en mer sjukvårdsorienterad undersköterskegrupp som gör "undersköterskejobb och vårdbiträdesjobb".

Undersköterskorna beskriver något som kan tolkas som en ökad arbetstillfredsställelse när det gäller att ta till vara deras yrkeskompetens. Om undersköterskor tidigare upplevde frustration över att inte få göra det man var utbildad till (för att sjuksköterskorna inte släppte ifrån sig dessa arbetsuppgifter) får nu undersköterskorna i sin yrkesroll göra mer av det de uppfattar motsvara sin kompetens. Detta skulle också kunna tolkas som att det skett en ökad "medikalisering" av undersköterskornas yrkesroll och arbetsuppgifter. (Hur vårdbiträdena ser på denna utveckling och förändringen av den egna och undersköterskornas roll kom inte till uttryck under fokusgruppdiskussionen men skulle vara intressant att lyfta i framtida studie.)

En viss osäkerhet och olika regler i olika arbetslag verkar också finnas vad gäller vilka uppgifter som undersköterskor får göra och vad ett vårdbitråde får göra. Ökad arbetsdelning mellan vårdbiträden och undersköterskor kan också ställa till med problem i det praktiska arbetet där det uttrycks olika uppfattningar och har uppstått olika rutiner om vilka arbetsuppgifter undersköterskor "måste" göra och vad vårdbiträden inte "får" göra:

-Ja, att man får den här apo-dosen som man ska springa med, det är det bara usk:orna som får göra...och då får ju inte jag delegera över till ett vårdbiträde
 -Det får vi...det gör vi i våran grupp!
 -Undersköterskor får aldrig delegera!
 -Nej!
 -Nej, men alltså...delegera...alla ...jag menar ska man gå till en så tar man medicinen med sig dit
 -nej, det gör inte vi.
 I: Så det här med att ge medicin till någon blir ett problem beroende på om den som ska till en brukare är undersköterska eller vårdbiträde?
 -Ja de får inte, vi ska hämta medicinen, dela i olika lådor och det är vi som springer ut med dem
 -Ja, det gör ju vi också hos oss men däremot så, om vi säger på fredan så bär ju vi ut dem till de boende, jag menar det kan ju inte en person göra, det skulle inte funka, då fick man ju lov att ha en bil och sen sitta och åka...så då har vi den rutinen, det funkar...men det är ju vi som undersköterskor som sköter skrivandet och hämtar dem på apoteket och skriver allting.
 (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Undersköterske/vårdbiträdesgruppens diskussion tog också upp att vissa arbetslagsledare upplevs ha svårt att delegera. Problemet upplevdes här ha att göra med att arbetslagsledaren har svårt att släppa kontrollen och lita på att medlemmarna i arbetslaget klarar att lösa uppgiften. Detta upplevs av arbetslaget som att deras arbetslagsledare inte har fullt förtroende för dem.

1.3.4. Mer tid för handledning och stöd önskas

Undersköterske/vårdbiträdesgruppen upplever också andra avigsidor med ökad delegering och ökat ansvar. Vårdbiträden och undersköterskor anser sig i dagens organisation vara mer hänvisade till att agera på egen hand, ett ansvar som ibland upplevs som stort och tungt. Närvaron av arbetslagsledaren i gruppen för att följa upp ärenden och ge stöd och utbildning i det medicinska arbetet är ett behov som enligt undersköterske/ vårdbiträdesgruppen inte tillgodoses på ett tillfredställande sätt. Detta är också ett behov som arbetslagsledargruppen ser finns.

Arbetslagsledarna menar att då delegeringen ökat i omfattning kräver detta också att mer tid ges för handledning och utbildning i sjukvårdsarbete i gruppen, men upplever att det är svårt att få tiden att räcka till för detta. Med mer handledning och utbildning i grupperna från sjuksköterskan/arbetslagsledaren skulle den medicinska kompetensen, kvaliteteten och därmed tryggheten i arbetslaget kunna öka. Då arbetslagsledarna gick in i sin nya yrkesroll fanns förväntningar om att få arbeta just med handledning och utbildning i sjukvård. Arbetslagsledarna har p g a en hög arbetsbelastning dock svårt att hinna med att handleda och utbilda arbetslagen i den utsträckning som man skulle önska:

-Jag tycker att jag har alldeles för lite tid ute i gruppen. Vi delegerar mer och mer - jag delegerar ganska mycket nu och då vill man ju också ha en uppföljning på hur det fungerar, gå igenom hälso- och sjukvården, det här praktiska, att du ska få ett stöd i det dagliga arbetet, hur tar man t ex urinprov, att gå igenom såna saker för att hålla en kvalitet, att säkra den /.../Handledning och utbildning av personal, det hade jag trott att jag skulle hålla på mycket mer med. Jag tror att man söker det också.
 -Ja, handledning och utbildning av personal, det var ju det man trodde att man skulle hinna.
 -Skulle personalen få mer handledning så skulle de också känna sig tryggare och kanske känna att det var stimulerande att göra det här. De skulle känna mer trygghet från oss, att vi har mer tid med dem. Men det finns ju inte i dagsläget.(arbetslagsledargruppen)

1.4. Arbetssituation, arbetstygnd och yrkesroller

1.4.1. Mer ansvar, fler arbetsuppgifter - hur mycket kan arbetslaget ta på sig?

Det är inte bara sjukvårdsuppgifter som upplevs öka i arbetslaget.

Undersköterske/vårdbiträdesgruppen upplever också ett ökat krav att ta på sig ansvar för olika områden i verksamheten som schemaansvar, blöjombud etc. Om detta upplevs som utvecklande eller belastande varierar mellan individer i arbetslagen, och kan leda till konflikter:

*”Det blir ju konflikter ofta i gruppen. Är man en grupp på 10 personer så är det kanske tre som tycker att det är roligt att göra de här extra sakerna, att de är kompetenshöjande. Visst, jag får inget extra betalt men jag tycker att det är lite roligt kanske, och växer som människa. Medan de andra sju de vill inte göra något extra.../och då är det en liten klick som får göra mycket mer”
(undersköterske/vårdbiträdesgruppen)*

En fråga som kommer upp i diskussionerna i undersköterske/vårdbiträdesgruppen är hur mycket arbetsuppgifter som arbetslaget bör och kan ta på sig. Problem uppstår när nya arbetsuppgifter upplevs läggas till redan befintliga och den kvantitativa överbelastningen på detta blir för hög för medlemmar i arbetslaget:

-Frågan är hur mycket man kan delegera till oss? Visst är det utvecklande att få göra andra saker men det ska ju inte vara ovanpå allt annat för det är ju så det är idag. Vi kan ju inte sätta oss och ta en kopp kaffe längre för man har alltid en massa saker. Man kanske tar en kopp på stående fot medan man sätter igång datorn ...det är ju inte klokt...

-Nej, men det är sant

-Ja, vi är en arbetsgrupp som inte ens får fika! (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

1.4.2. Vad rymms inom ramen för vad en undersköterska ska göra? Och vad ska en sjuksköterska/chef ansvara för?

Diskussionen kommer också in på om de nya arbetsuppgifterna som tillkommer är ett resultat av att arbetslagsledaren/sjuksköterskan har för mycket att göra och behöver avlastning. Här rör diskussionen frågeställningar om vad som egentligen ska rymmas i den egna yrkesrollen och vad som ska vara en sjuksköterskas och en chefs ansvar. Om arbetslagsledaren lägger över arbetsuppgifter på gruppen för att hon inte har tid så frågar sig undersköterskor och vårdbiträden hur mycket det är rimligt att arbetslaget tar på sig utan att kompenseras i tid och pengar för detta:

”Vi är ju tillbaka där igen, vad ska vårt jobb innebära egentligen? Ska vi ta jobb från dem som har sökt ett högre jobb? För att de ska avlastas? Det har ju blivit så att i o m att de har höjt sig själva så har ju vi också fått lov att göra mer. Fast vi är de som inte har fått mer betalt om man nu ska se det så /.../ Nu har ju jag redan ganska mycket och det tycker jag är roligt men ibland funderar jag på vad jag har för extra för det? Ingenting har man ju.” (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Mer ansvar upplevs inte ha följts av motsvarande löneutveckling för gruppen undersköterskor/vårdbiträden. Tvärtom så har tidigare ekonomisk ersättning i form av gruppleदारarvode för den som tagit på sig extra arbetsuppgifter i gruppen försvunnit. Att vårdbiträden och undersköterskor också borde få ersättning för mer ansvar och fler arbetsuppgifter är en fråga som gruppen undersköterskor/vårdbiträden lyfter i diskussionen:

”Ibland tycker jag att man känner hur mycket ska man göra? Hur mycket ska jag prestera för att få högre lön? Jag gör ju allt som jag ska, jag gör ju t o m mer än vad jag ska göra men ändå får jag inte

högre lön. /.../vi är också människor, vi ska väl också få påslag om man gör mer?"
(undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

1.4.3. Arbetslagsledaren - splittrad och svårplanerad arbetssituation

Arbetslagsledaren beskriver svårigheterna med att planera sin tid och sitt arbete. Ofta måste arbetslagsledaren avbryta arbetsmoment för att någon kommer och 'rycker i en' eller ringer för att någon är dålig vilket innebär att arbetslagsledaren i sin egenskap av sjuksköterska måste iväg och göra en bedömning. Ständiga avbrott av personal som ringer och behöver hjälp med bedömningar, råd och stöd gör att arbetet blir splittrat och ryckigt:

-Personalen törs ju ringa till oss, de gör ju det. Och en del fixar vi per telefon och när de säger kom - då kommer vi ju naturligtvis. Och det är ju det här som gör det lite ryckigt för att då kan man ju sitta med någonting, vad det nu är, det skulle betalas ut löner eller OB som vi har i datasystemet, man sitter försjunken i det. Och så ringde det. Och då tar det ju ett tag, jag ska avsluta det här, jag ska ge mig iväg och jag ska koppla på när jag kommer tillbaka. Och då ringer nästa. Och så tänker man ska jag svara eller ska jag låta telefonsvararen ta det? Äh, det är lika bra att ta det nu i fall det är någonting. Så det är mycket ryckigt.

I: Och det är det som ger den här känslan av splittring?

-ja/.../vi släpper ju det administrativa för ...patienten blir det ju när det är sjukvård ...för patientens skull...så jag tror faktiskt inte, eller jag är säker på att de får det inte sämre

-Absolut inte, det är inte sämre för dem [patienten/brukaren], det är det inte, utan vi har en sämre arbetsmiljö kan man säga för att den är så väldigt ryckig. (arbetslagsledargruppen)

1.4.4. "Det medicinska är svårt att styra över"

Arbetslagsledarna har också svårt att planera sitt arbete och sin tid p g a att hälso- och sjukvårdsansvaret innebär att de hela tiden måste vara beredda på att avbryta det de för stunden håller på med:

I: Och mycket av det här om jag förstår er rätt hänger på att det medicinska tar er uppmärksamhet och är svårt att styra över?

-HSL:en den kan man ju aldrig styra över /.../ utan det är vad vi är ålagda att göra enligt lag. Jag har ju haft veckor när 85% av min tid har gått till HSL, då jag inte har kunnat styra, jag har fått lämna arbete bara bakom mig, och andra veckor när jag har haft 25% HSL. Det beror ju på vilka brukare man får in. Det är ju behovet där som styr, och det är ju jättesvårt att styra över

-Och det kan vi väl säga som förra veckan hade vi väl en väldigt hög procent HSL då du var borta (vänder sig till en kollega). Vi hade ingen vikarie för dig och vi hade ett antal vårdplaneringar. Och det är ju HSL och SoL i en kombination. (arbetslagsledargruppen)

Gruppen vårdbiträden och undersköterskor ser också arbetssituationen för arbetslagsledaren som präglad av tidsbrist och splittring. Ett av problemen beskrivs som att många av de arbetsmoment som hör till sjuksköterskerollen tar mycket tid i anspråk. Den tid som går åt till sjuksköterskeuppgifter som att kontakta läkare och förnya recept är arbetsuppgifter som är en mindre synlig del av sjuksköterskans arbete men som tar mycket tid och konkurrerar med andra arbetsuppgifter som måste göras av arbetslagsledaren i hennes egenskap av chef eller arbetsledare:

"Min chef hon säger att bara såna här samtal hon har till olika läkare när hon ska förnya recept, det gör ju hon, det kan ta henne en hel förmiddag att sitta i telefon bara. Då kan man ju tänka sig om det är dags att lönerna ska gå iväg eller jag vet inte vad det innebär men om hon ska sitta och räkna ut något, hur ska hon hinna det? Om hon sitter i telefon en hel förmiddag. Det vet vi ju själva när vi ska sitta och ringa" (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

1.4.5. Hur ska tiden räcka till för sjukvården?

Det finns bland arbetslagsledarna själva en stor oro för hur de ska få tiden att räcka till. Farhågorna är att problemen kommer att förvärras när arbetslagsledarna blir enhetschefer och de utöver nuvarande ansvarområden också får budgetansvar. Hur tiden ska räcka till för sjukvården, hur "HSL-tiden" ska hanteras och om de områden och det antal brukare som arbetslagsledarna har medicinskt ansvar för borde vara färre aktualiseras i gruppdiskussionen. Om inte något görs är arbetslagsledarna rädda för att något kommer att brista:

"Då är jag rädd att någonstans kommer det att brista här för vi får ju inte mera tid och vi har ganska mycket övertid eller plustid redan i dag. Vi vet ju inte riktigt än men så mycket kan man ju förstå att den delen kommer att göra att det tar mer tid när man blir enhetschef. Så tiden blir ju mer fattig, tiden krymper ju så det blir ju hur man hanterar HSL tiden och om det är rätt storlek på område man har med kunder och såna här saker för det är ju väldigt olika på olika områden hur stora kundunderlagen är" (arbetslagsledargruppen)

Arbetslagsledarna har tidigare lyft fram olika förslag på lösningar för att få mer hjälp och stöd i det dagliga arbetet. Detta har dock inte resulterat i förändringar av arbetssituationen i den utsträckning man hoppats på:

"Innan vi skulle bli enhetschefer så blev vi ju intervjuade om vad vi behövde för hjälp och resurser för att klara av situationen som enhetschef, men det har ju bara runnit ut i sanden, vi har ju inte fått någon mer hjälp i stort sett. Vi har fått två stycken poolanställda sjuksköterskor men de är för tillfället upptagna på andra vikariat så någon mer hjälp i det dagliga jobbet har vi ju inte fått vilket jag trodde att vi skulle få" (arbetslagsledargruppen)

En av de intervjuade menar att hon har fått den avlastning hon begärt vilket tyder på att stöd och avlastning verkar vara ojämnt fördelat i gruppen där vissa anser sig ha fått avlastning medan andra inte har den avlastning man behöver.

Det arbetslagsledarna efterlyst är hjälp i det dagliga arbetet, framförallt det medicinska, "någon som kan kapa topparna när det är mycket", hjälp med vissa administrativa sysslor som uppfattas som onödiga: "man behöver inte vara sjukvårdskunnig för att räkna och sammanställa resultat, det kan i stort sett vem som helst göra". Det ses också som centralt att få in vikarier när någon av kollegorna har semester och inte behöva täcka upp för varandra:

"vi får inte vikarier när någon är ledig och det gör ju att man hinner ju inte med sitt arbete själv, det visar ju vår plustid. När någon har semester eller är sjuk - sjuka är vi ju aldrig nästan - men när någon har semester då måste vi gå in för varandra och det gör ju att vi backar ännu mer på våra egna uppgifter för då måste vi gå in och ta det akuta hos vår kollega som är ledig plus vårt eget akuta" (arbetslagsledargruppen)

2. Kortare väg mellan anställd och närmsta arbetsledare?

En av målsättningarna med den nya organisationen var att mindre enheter där en och samma person i sin funktion har ansvar för arbetsledning, hälso-och sjukvård och personalfrågor skulle göra vägen kortare mellan vårdbiträden/undersköterskor och närmaste arbetsledare. Då de olika fokusgrupperna resonerar kring denna fråga är det olika teman av detta som blir centrala. För arbetslagsledare och vårdbiträden/undersköterskor kom diskussionen om kortare väg att handla om de förväntningar som finns på arbetslagsledaren att vara ett stöd för

personalen i det dagliga arbetet, ”att finnas där”. För biståndshandläggare och rehabpersonal handlar kortare väg snarare om informationsöverföring, och dessa grupper ser arbetslagsledaren utifrån dennes roll som sammanhållande länk i organisationen med ansvar för att informationsflödet ska fungera. Följande avsnitt kommer därför att titta på arbetslagsledaren utifrån båda dessa funktioner dvs arbetslagsledaren som chef och ledare samt arbetslagsledaren som sammanhållande länk i informationsflödet.

2.1. Arbetslagsledaren som ledare och chef

2.1.1. Arbetslagsledaren - jagad av ständig tidsbrist

Hur upplevs arbetslagsledaren i sin roll som chef och ledare av undersköterske/vårdbiträdesgruppen? Deltagarna i undersköterske/vårdbiträdesgruppen återkommer i sin gruppdiskussion vid ett flertal tillfällen till sin oro för arbetslagsledarnas hälsa, och menar att arbetslagsledarnas arbetssituation riskerar leda till att de ”kommer att gå in i väggen”. I sin oro för arbetslagsledarnas hälsa lyfter undersköterskor och vårdbiträden fram det de uppfattar som det orimliga i arbetslagsledarnas arbetssituation och i deras alltför höga arbetsbelastning. Undersköterske- och vårdbiträdesgruppen menar att arbetslagsledarnas arbetsbelastning yttrar sig i att övertidsarbete etablerats som norm.

Den bild som lyfts fram i gruppdiskussionen är en stressad chef som har svårt att få tiden att räcka till och som ofta arbetar över. I kontakterna med arbetslaget upplevs arbetslagsledaren av undersköterske/vårdbiträdesgruppen som jagad av ständig tidsbrist och en splittrad arbetssituation, som snabbt dyker in för att dra information för gruppen men inte har tid att sitta ner och prata. Arbetslagsledaren upplevs som ”inte riktigt närvarande” utan ”har ett ben utanför dörren”:

-Min chef hon försöker nog vara överallt men jag har ju också hört att hon sitter kvar här till 20-21 på kvällarna och hon har ju ett ben utan för dörren hela tiden, hon springer hela tiden.

-De vill nog göra mer.

-De har dåligt samvete, det märker man ju

-De gör nog aldrig färdigt någonting

-nej, lite av allt

-Och sen kommer de in för att vara lite trevliga men ändå så märker man ju att de har bråttom ut

-Nej, man hör ju, de går ju aldrig hem heller när de ska, de sitter ju kvar

-De tar av sin fritid för att göra det de inte har hunnit med under dan för det har varit så mycket annat

-Det tycker jag är bedrövt att de ska behöva arbeta över sin arbetstid/.../Ingen människa ska behöva göra det, det ska vara inräknat i min arbetstid att det här ska jag hinna med, jag ska inte behöva jobba över. (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Arbetslagsledarna upplever också att deras egen tillvaro och möten med arbetslaget präglas av stark tidspress, och att tiden som tillbringas i grupperna för handledning och utbildning är för liten. De tillfällen för kommunikation som arbetslagsledaren och arbetslaget har präglas av snabbt informationsutbyte:

-Jag tycker att jag är alldeles för lite ute i gruppen. Jag försöker gå dit åtminstone en gång om dan, men ofta när jag kommer, då kommer jag för att lämna papper snabbt, tala om att nu kom någon hem, det här måste ni göra. Aldrig för att i lugn och ro prata eller lyssna på dem, lyssna av ordentligt. Man har inte den tiden. Utan det är ju ofta telefonkontakt”(arbetslagsledargruppen)

2.1.2 ”Man vill inte störa”

Splittring och tidspress menar arbetslagsledarna präglar deras möte med arbetslaget negativt. Undersköterskor och vårdbiträden menar att den dagliga kontakten visserligen finns men att arbetslagsledarna upplevs vara så stressade att man på grund av detta drar sig för att störa och ta av deras tid:

- *Man märker ju på våra chefer att de har så mycket att göra så man vill liksom inte...man vill knappt ta av deras tid./.../ När man har en boende som är jättedålig, men det är knappt man vill störa då, man försöker ju själv där också, istället för att störa, man vet ju att de har mycket att göra.*
- *Ibland måste man ju störa i alla fall*
- *Ja, ibland måste man ju, då försöker man men då sitter de och pratar i telefon och man kommer ingenstans, då går man därifrån. (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)*

Då arbetslagsledarna upplevs som stressade så blir personalgruppen mer hänvisad till att lösa saker på egen hand. ”De hinner ju inte med oss riktigt” är en känsla som personalgruppen har gentemot sina chefer och uttrycker avsaknad av stöd. Detta kontrasteras mot tidigare hemtjänstassistenters funktion:

- *När vi hade de här hemtjänstassistenterna¹⁰, de satt där på sina kontor, man kunde ju ringa om det var något problem med någon brukare, de kunde ju pinna ut på 5 minuter och hjälpa en eller man kunde gå in om man ville prata, de tog sig alltid tid. Så är det ju inte idag riktigt*
- *Nej, för när sköterskan väl kommer då hoppar ju alla på henne, då är det tusen frågor för hon är aldrig där och hon kan ju inte svara men det är alltid så, för då har hon varit borta och vi ser henne inte så ofta så då passar alla på. Så det blir ju också fel./.../Då känner man att ja men gud de där håller på idag då kanske jag ska ta och lugna mig fastän det kanske är jätte viktigt. Man hör ju de har ju jättemycket på förmiddagar och ibland kommer de instudsande på lunchen*
- *Och de ska på möten på eftermiddagen*
- *Det är jättemycket möten*
- *Är det lättare för er nu när ni har en person att vända er till eller är det svårare?*
- *Som jag känner så kan vi absolut ha fler, det har vi haft förut och det har alltid gått jättebra./.../Att man har en sjuksköterska och kan prata med henne, det här är sjukvården...Då tror jag att vi undersköterskor skulle kunna höjas upp lite mer också faktiskt. För nu är det ju stressigt hela tiden. (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)*

2.1.3 Att vara tillgänglig som chef samtidigt som gruppen tar eget ansvar

Undersköterskor/vårdbiträden har förväntningar på att få mer stöd av sina chefer i det dagliga arbetet. Också arbetslagsledarna känner att de skulle vilja ägna mer tid åt personalgruppen:

- *Jag trodde när jag började som arbetslagsledare att jag skulle få vara ledare, att jag skulle komma ut i grupper, handleda grupper/.../utbilda dem, kanske följa med dem på något besvärligt men det har inte hänt*
- *Nej, tiden räcker inte till*
- *Finns ingen tid i världen till det här (arbetslagsledargruppen)*

Arbetslagsledarna ser att det finns ett behov av att utveckla det psykosociala stödet och stödet i det dagliga arbetet för personalen, och diskuterar hur detta behov ska kunna tillgodoses. Önskemålet från arbetslagsledarna handlar om att få mer tid för att vara ute i grupperna. Behovet av att vara nära grupperna aktualiseras. De mycket snabba träffar av informationskaraktär som arbetslagsledarna har gör att det blir svårare för arbetslagsledaren

¹⁰ Hemtjänstassistent kallades de arbetsledare som fanns innan behovsbedömning och arbetsledning i mitten av 90-talet delades upp på biståndshandläggare respektive enhetschef.

att fånga upp stämningar och signaler i gruppen och att medla när konflikter är under uppsegling. Att sitta utanför gruppen ger arbetslagsledaren mer tid för andra arbetsuppgifter. Att sitta ”i” gruppen hade dock den fördelen att fler möjligheter fanns att fånga upp signaler när något inte stod rätt till:

”Det finns ju för och nackdelar [med att sitta i eller utanför gruppen] Nu sitter jag utanför grupperna och det tycker jag är bra på ett sätt för man har ju mycket annat att göra. Men då man var i gruppen så hörde man ju minsta lilla signal för man fanns ju på arbetsplatsen, inne hos gruppen. Och de visste att man fanns där, man fick signalerna snabbt för man fanns där hela tiden. Och samtidigt så var det ju det där att man fanns, personalen upplevde att man fanns hela tiden fast man inte var bredvid dem.” (arbetslagsledargruppen)

Arbetslagsledarna lyfter samtidigt det problematiska med att vara för nära sitt arbetslag. Att vara för tillgänglig kan leda till att arbetslagen blir mindre benägna att fatta självständiga beslut. De arbetslagsledare som sitter i nära anslutning till sitt arbetslag menar att detta kan resultera i att arbetslaget kommer till arbetslagsledaren med frågor som gruppen egentligen skulle kunna lösa på egen hand. För att arbetslaget ska arbeta mer självständigt och för att få mer arbetsro har de flesta av arbetslagsledarna därför valt att inte ha sin arbetsplats i samma lokaler som arbetslaget:

-Det kan ju faktiskt vara så att man ska inte vara nåbar hela tiden för då tar arbetslaget inte eget ansvar. Jag [har] ett väldigt flöde av personalen hela tiden om allt, allt som dyker upp under dagen. Man lastar över minsta småsak istället för att lösa saker själv. Och det bör man som arbetsgrupp klara av anser jag.

-Jag håller med dig där, jag tror också på det som vi har, att man inte sitter i gruppen men man saknar den här tiden ändå att hitta de här signalerna. För det kan man ju göra fast man är utanför. Det handlar ju om att finnas där lite mer så man ser de här signalerna.(arbetslagsledargruppen)

2.1.4. Nära mellan personalgrupp och arbetsledare?

Arbetslag och arbetslagsledare beskriver problem som är relaterade till att arbetslagsledaren har för lite tid för personalgruppen. Samtidigt beskriver sig arbetslagsledarna vara nära arbetslagen, närmare än vad den tidigare enhetschefen var. Arbetslagsledarna uppfattar att de är mer ute i personalgrupperna än vad tidigare enhetschefen var, eftersom de träffar arbetslagen varje dag och ”drar ärenden”, omvårdnad och sjukvård:

-Jag tror att vi ser personalgruppen mer än vad enhetschefen gjorde tidigare. /.../Enhetscheferna de hade ju så stora områden, precis som du säger, de hann ju inte ut till personalen, de hade ju knappt tid med medarbetarsamtal och sånt där och det ser jag som en fördel att det blir ju mer uppdelat nu områdesmässigt med personalgrupper. Sen då personalgruppen ihop med sjuksköterskearbetet det är ju nästa del då, /.../ vi är ju mer ute i personalgruppen när det gäller omvårdnad, sjukvård/.../ -Ja, det är vi ju varje dag.(arbetslagsledargruppen)

Om stöd i det dagliga arbetet och psykosocialt stöd till personalen lyfts fram som ett område som fungerar mindre tillfredställande (beroende på arbetslagsledarnas tidsbrist) så upplevs informationsförmedlingen mellan arbetslagsledare och arbetslag fungera bättre i nuvarande organisation. Arbetslagsledarens roll som sammanhållande länk i organisationen lyfts fram i intervjuerna med arbetslagsledarnas samarbetsparter; teamet.

2.2. Arbetslagsledaren - central länk för informationsflödet i organisationen

2.2.1 Snabbare och bättre informationsflöde

Rehabgruppen¹¹ ger en positiv bild av arbetslagsledarens och arbetslagets kontakter. Rehabpersonalen upplever utifrån sin position i organisationen att informationen mellan olika led fungerar bättre i den nya organisationen. Rehabgruppen menar att information som förut tenderade att stanna i arbetslaget nu kommer fram till sjuksköterskan/arbetsledaren, och vice versa:

”Det är kortare väg tycker jag att det känns som, det går fortare med information man ger till personalen att komma fram till arbetslagsledaren. I och med att de har tätare kontakt med personalgruppen och helhetsperspektivet så upplever jag att det går snabbare idag.../ tidigare kunde det stanna i vårdgruppen när man tog kontakt med sjuksköterskan, eller från personal vidare till enhetschefen så stannade det upp, informationen gick inte vidare. Men tack vare att de idag har den här täta kontakten, att arbetslagsledarna har helheten så har de en annan kommunikation sinsemellan.” (rehabgruppen)

Informations- och kontaktvägar i organisationen upplevs som kortare, och är något som rehabpersonalen menar gör att det fattas snabbare beslut idag. Där rehabpersonalen tidigare kände ett större ansvar för att kontrollera att information verkligen gick fram känner de intervjuade också en större trygghet idag med att informationsförmedlingen fungerar bättre, vilket underlättar deras arbete:

*-Det blir mer lättarbetat. Förut så hade man ett större ansvar själv att hela tiden hålla koll, nu känner man att man kan lita på att det går vidare. Det är snabbare beslut idag. Man kan med säkerhet nästan säga att det kommer ut i gruppen
-Eller när man vänder sig till vårdpersonalen och ber att de ska kontakta sin sköterska så vet man att de gör det. (rehabgruppen)*

2.2.2. ...men färre direkta kontakter med arbetslaget

Något som förändrats i o m den nya organisationen är att mycket information som tidigare gick direkt till undersköterske/vårdbiträdesgruppen idag upplevs gå via arbetslagsledaren. Direkta kontakter med undersköterske/vårdbiträdesgruppen har minskat menar både biståndshandläggare- och rehabgruppen:

”När vi ska ha ut något till arbetslaget så är det ofta som vi går via arbetslagsledaren för då vet vi att det kommer ut.../ Jag känner inte att jag behöver komma in i arbetslaget för jag vet ju att arbetslagsledaren finns där och har den täta kontakten med arbetslaget. Det ramlar inte mellan stolarna idag, det är en kedja” (rehabgruppen)

Även biståndshandläggargruppen uppger sig i dagens organisation ha färre direkta kontakter med undersköterske/vårdbiträdesgruppen:

-En stor förändring det är att jag hade väldigt mycket mer kontakt med vårdbiträdesgruppen tidigare. Det är ju jag som har rapporterat över nya ärenden, det är mig de har kommit till om det inte har varit sjukvårdsfrågor eller arbetsterapeut för hjälpmedel eller något sådant. Nu har man ju väldigt

¹¹ I rehabgruppen deltog vid intervju tillfället arbetsterapeut och sjukgymnast från det särskilda rehabteam som kopplas in vid vårdplaneringar och vid förändringar i hemmet samt distriktsarbetsterapeut som ansvarar för det löpande arbetet med brukaren. Arbetsterapeut och sjukgymnast i rehabteamet möter främst arbetslagsledaren vid vårdplaneringar och ser henne i hennes roll som arbetsledare/sjuksköterska. Distriktsarbetsterapeuten arbetar närmare arbetslaget med det löpande rehabiliteringsarbetet och ser arbetslagsledaren utifrån denna roll.

mycket mer direktkontakt med arbetslagsledarna././ Vi har inte den kontakten med gruppen längre, de har ju en arbetsledare som ofta följer med på hembesöken, på vårdplaneringarna och det är hon som går tillbaka till gruppen

I: Så hon är med också när ni gör hembesök?

-Många gånger är hon ju där. Annars så rapporterar man ju direkt till henne och så rapporterar hon vidare till personalgruppen.(biståndshandläggargruppen)

Att kontakterna idag mellan rehabpersonal och arbetslag eller biståndshandläggare och arbetslag idag ofta går via arbetslagsledare är också något som gruppen undersköterskor/vårdbiträden reflekterar över. Särskilt gäller detta för kontakterna med biståndshandläggarna, som undersköterskor/vårdbiträden idag upplever sig sakna kontakt med:

-Jag upplever att även om vi är där så måste biståndsbedömaren ändå först ta kontakt med arbetslagsledaren. Sen ska hon skriva ner beslutet och sen kommer vår arbetslagsledare ner till oss med den här arbetsplanen. Och sen ska vi gå igenom timmarna så att det verkligen stämmer... det är ju så många moment istället för att biståndshandläggaren kommer in till oss direkt. När jag började här då kom biståndsbedömaren in med papperet när hon var och hälsade på, gick in och frågade oss, stämmer de här tiderna och vi sa ja och det var OK, ja då var det bestämt och hon gick. Då var det inget mellanljud.

-Det var bättre. Då träffade man biståndsbedömaren mer. (vårdbiträdes/undersköterskegruppen)

Vårdbiträdes/undersköterskegruppen undrar varför allt måste gå via arbetslagsledaren och inte mer direkta kontakter kan tas mellan biståndshandläggare och personalgruppen. ”Det är ju ändå vi som är närmast” menar deltagarna i undersköterske/vårdbiträdesgruppen. Gruppdeltagarna funderar över om orsaken till att kontakten mellan biståndshandläggare och vårdbiträden/undersköterskor i den nya organisationen måste gå via arbetslagsledarna kan ha att göra med styrning och kontroll över ekonomin:

Jag ringer ju inte som kontaktperson till biståndsbedömaren. Utan då måste jag först gå via arbetslagsledaren. /.../Hon skulle väl lika gärna kunna prata med oss direkt? Det är ju vi som vet hur lång tid det tar eller hur man gör /.../

-Ja, jag tycker det för det är ju ändå vi som är de som är närmast, vi vet ju hur lång tid det tar. Eller om det är några förändringar om det är något som har hänt.

-Det är klart, sen om det handlar om budget igen då kanske det måste gå den vägen...

-Allt går ut på pengar.(vårdbiträdes/undersköterskegruppen)

3. Ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande i den nya organisationen?

Ett syfte med den nya organisationen var också att helhetssynen och helhetstänkandet skulle underlättas om en person (arbetslagsledaren) hade samlat ansvar för personalfrågor, SoL och HSL. Vad som är helhetssyn och helhetstänkande är en komplex fråga. Följande avsnitt som behandlar frågan om ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande tar som sin utgångspunkt de olika gruppernas reflektioner om sina möjligheter att arbeta utifrån en helhetssyn och vad i denna helhetssyn består. Centralt är också utifrån vilket perspektiv denna helhetssynen utgår från, är det en helhetssyn som utgår från behoven hos den enskilde brukaren eller är det en helhetssyn som har sin utgångspunkt i verksamhetens behov?

3.1. Arbetslagsledarna om helhetssyn

3.1.1 Mer kunskap om brukaren

Det som ses som positivt med funktionen som arbetslagsledare är, enligt arbetslagsledarna själva, den helhetssyn de får i form av kunskap om brukaren från flera håll. När arbetslagsledargruppen diskuterar helhetssyn definierar de denna som något som består i mer kunskap om brukaren. Där sjuksköterskan förut fick vända sig till hemtjänstpersonalen för att få information så har arbetslagsledaren en mer central position i organisationen och har därmed tillgång till kunskap på ett annat sätt. Genom sin centrala roll i organisationen anser sig arbetslagsledarna ha lättare att överblicka den enskildes situation, vilket anses ha ökat helhetssynen vad gäller brukarna och deras behov:

-Som arbetslagsledare tycker jag att jag har en mycket bättre helhetssyn över brukaren än vad jag hade som enbart sjuksköterska/.../Man ser ju hela biten, man vet ju att bägge två sakerna [socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser] måste göras för att verksamheten ska fungera./.../Förut så visste man kanske bara att den här personen har hemtjänst, det gick man till enhetschefen och kollade upp, men vad de hade det fick man checka upp, om de t ex hade mer hjälp än städ, så där hade man ingen överblick förut. Och det tycker jag har blivit mycket bättre.

I: På vilket sätt använder man det här rent konkret, den här ökade kunskapen som du nu säger att du får? Har ni några exempel på det...?

-Jag har ju mycket lättare att diskutera med hemtjänsten. Förut när de pratade med mig så fick ju jag fråga dem: "Har den här personen någon hjälp av er? Vad då?" Nu vet jag ganska väl. Även om jag inte kan exakt så vet jag ju om personen har hjälp bara med städ eller om det är personlig omvårdnad också. Jag kan ju personen på ett annat sätt. (arbetslagsledargruppen)

3.1.2. Enklare för brukaren

En annan aspekt som arbetslagsledargruppen lyfter fram som positivt för brukaren är att den äldre kan vända sig till en och samma person [arbetslagsledaren] vare sig det gäller hemtjänst eller sjukvård. Tidigare var sjuksköterskan ofta tvungen att hänvisa den äldre vidare till biståndshandläggare eller enhetschef. I dagens organisation upplever sjuksköterskan att hon i sin funktion som arbetslagsledare kan lösa saker själv och beskriver sig själv som 'spindeln i nätet'. Detta upplevs förenkla tillvaron för brukaren:

"det är ju ofta sjuksköterskan de ringer till med sina problem. Förut fick man ju hänvisa till bistånd men nu kan man ju åtgärda saker själv utan att man behöver ringa . Förut fick ju personen ringa kors och tvärs för att hitta rätt person. Nu sitter ju vi som spindeln i nätet och vet vilka personer vi ska koppla in. Det tror jag kan underlätta för brukaren, att de inte behöver ringa kors och tvärs själva när de väl är inne i systemet"(arbetslagsledargruppen)

En annan fördel med rollen som arbetslagsledare är att det kan vara lättare för en sjuksköterska att se när brukare har behov av utökade insatser p g a sviktande hälsa menar arbetslagsledarna. Att ha ansvar för såväl sjukvårdande insatser som hemtjänstinsatser upplevdes också, som tidigare nämnts vara särskilt bra för de multisjuka. Att arbetslagsledaren har "dubbelkompetens" kan alltså vara en fördel och något som kan bidra till att helhetssynen ökar:

-I o m att vi har sjuksköterskekompetensen så kan vi ju se när brukaren blir sämre, att nu klarar den inte det här utan nu behöver den snabbt ha ökade insatser av hemtjänsten p g a att hälsan har blivit försämrad, det kan ju vi snabbt se i dagsläget. /.../Och om det är något bekymmer med SoL-delen så kan ju vi göra ett hembesök p g a det. Det vet jag inte hur enhetschefen förut gjorde. För det var ju

den enhetschefen som gjorde arbetsplanerna förut. Jag tror att på så sätt så ser ju brukaren oss i flera roller. Mot vad det var förut. (arbetslagsledargruppen)

3.2. Arbetslagsledaren - sammanhållande länk och en del av teamet

3.2.1. Arbetslagsledaren - mer delaktig i planeringen av insatser

Biståndshandläggaren är en person som de intervjuade arbetslagsledarna säger sig ha daglig kontakt med, ofta flera gånger per dag. Ökade kontakter med biståndshandläggarna och också utökat teamarbete uppfattas vara något som bidragit till att öka helhetstänkandet. Detta beskrivs som något som ökat möjligheterna att vara med från början i planeringen av insatser vilket beskrivs som positivt av såväl arbetslagsledare som rehabpersonal:

-Vi är med mer från början nu i planeringen tillsammans med biståndsbedömaren än vad vi var förut, förut planerade hon mer i o m att vi inte hade SoL- tiden och planerade den, så gjorde ju biståndsbedömaren det och sen kontaktade hon den fd enhetschefen. Nu är vi med, med brukaren, redan från starten och det kan jag tycka känns positivt. (arbetslagsledargruppen)

Helhetssyn beskrivs dels som att komma in tidigare i planeringsprocessen, men också som ett resultat av mer kunskap om brukaren, att arbetslagsledaren ”kan personen”. Jag ”känner brukaren via beslut” menar en av de intervjuade. Att tillsammans med biståndshandläggare ha arbetat sig igenom beslut gör att arbetslagsledaren anser sig vet mer om brukaren än tidigare:

”Kunskapen om brukaren den har ju ökat. Jag kan ju personen på ett annat sätt även om jag inte känner den för att vi har träffats väldigt mycket så känner jag ju brukaren via beslut, jag har ju jobbat igenom det här beslutet så jag vet ju mer om brukaren än vad jag visste som sjuksköterska. Jag har ju mycket tätare kontakter med biståndshandläggaren som har hand om SoL-ärendena, dem hade vi ju väldigt lite kontakt med förut. Så det har ju fungerat betydligt bättre, det är ju dem vi har nästan närmaste kontakten med, och med arbetsterapeut och sjukgymnast också /.../ Idag är vi ju mer involverade i arbetet runt brukaren och då har vi närmare till brukaren. Även om vi inte hinner så mycket så är vi mycket närmare, vi kan dem på papper och kunskap om dem men vi träffar dem kanske inte mer” (arbetslagsledargruppen)

3.2.2. Mer involverade i arbetet kring brukaren

I dagens organisation uppfattar sig de arbetslagsledare (som deltar i gruppintervjun) som närmare brukaren i kraft av att vara mer involverade i arbetet runt brukaren.

Arbetslagsledarna tror inte att tidigare enhetschefer var lika involverade vid vårdplaneringar och hembesök som arbetslagsledaren är i den nya organisationen. Skillnaden idag är att då sjuksköterskan nu också är enhetschef/arbetsledare så innebär detta att enhetschef/arbetsledare automatiskt är närvarande vid så gott som alla vårdplaneringar och även vid många hembesök. Tidigare gjorde ofta biståndshandläggaren vårdplaneringar ensam eller tillsammans med sjuksköterska:

-Det är den rollen [enhetschefens] som vi har tagit, och den kunskapen om brukaren som de satt med. Men /.../[enhetscheferna] var inte med i teamet utan det var ju på personalmöten och sånt där som de var ute

-Enstaka svåra fall vet jag att den enhetschefen jag hade var med. När det var så här trixigt, när anhöriga hade klagomål. Men inte som idag inte. (arbetslagsledargruppen)

3.2.3 Arbetslagsledaren - ansvarig för vårdplaneringar

Biståndshandläggargruppen beskriver också hur arbetslagsledaren har övertagit ansvar för de utskrivningsklara patienterna, arbetslagsledaren fungerar i den nya organisationen som sammankallande vid vårdplaneringar.¹² Att ansvaret för detta idag ligger på arbetslagsledaren ser biståndshandläggargruppen som en positiv förändring, och mer naturlig eftersom arbetslagsledaren har den medicinska kompetensen:

”det är något som vi har jobbat länge för. Det är mest logiskt att det är den som har den medicinska sakkunskapen som har direktkontakten med sjukhuset. Som kan bedöma om en person är klinikfärdig eller om det ska vara ytterligare smärtlindring, och kanske kan ta hjälp av arbetsterapeut eller sjukgymnast. Och kanske ifrågasätta också...det var svårare som biståndshandläggare.”(biståndshandläggargruppen)

Tidigare gick biståndshandläggarna ofta upp ensamma på vårdplaneringarna för att i efterhand kontakta distriktssköterska, enhetschefer och personalgrupper och informera om vilka insatser som beslutats om vid vårdplaneringen. Idag betonas teamarbetet mer och i flertalet vårdplaneringar deltar hela teamet som enligt de intervjuade består av biståndshandläggare, arbetslagsledare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Fördelarna med att man i den nya organisationen arbetar mer i team är att det upplevs som lättare att tillsammans, utifrån respektive profession gemensamt planera kommunens insatser för den enskilde som skrivs ut från landstingsvården. Biståndshandläggarna ser positivt på teamarbetet och ser arbetslagsledarna som en självklar och central del av teamet. Rehabgruppen anser också att teamarbetet utvecklats, och att det är positivt att samma personer möts. Detta leder till att en större samstämmighet kan etableras, och att rollförväntningarna blir tydligare:

*-Förut så var det mycket trassligheter vid en vårdplanering, man kunde hamna i oenigheter och diskussioner. Nu verkar det som om det är en större samstämmighet.
-Det är ju en fördel att det ofta är samma som åker hela tiden, det gör ju att man blir tryggare i sina roller på vårdplaneringen. Vet sina bitar. Kompletterar varandra. Och ingen är tyst utan alla bidrar ju, alla behövs ju. Så vårdplaneringarna har verkligen blivit till det bättre.../de kunde tidigare vara lite olustiga, man hade oklara förväntningar på varandra” ”(rehabgruppen)*

3.2.4. Arbetslagsledaren - central för teamarbetet

Det rehabgruppen och biståndshandläggargruppen lyfter fram som viktigt för att etablera en helhetssyn är det professionella teamarbetet¹³ och de egna och arbetslagsledarnas olika roller och funktioner i detta teamarbete. Både rehabpersonal och biståndshandläggare anser att arbetslagsledarna har en central roll i teamarbetet. Rehabgruppen anser att teamarbetet i den nya organisationen har utvecklats, och ser detta som en positiv förändring, men menar också att arbetslagsledarna ibland haft svårt att hitta sin roll i denna samverkan:

*-Teamarbetet är väldigt nytt och håller fortfarande på att hitta sin form men man märker att teamkänslan ökar, man tar hjälp av varandras kompetens på ett helt annat sätt
I: Ni har inte jobbat i team tidigare?
-Inte på det här sättet. Då jobbade man mer parallellt, inte ihop på samma sätt. I de team där det fungerar bra där är det väldigt positivt.../.../Ni försöker alltid vara alla professioner på en vårdplanering/.../.../mer samplanering, mer gemensamma besök*

¹² I tidigare organisation hade biståndshandläggaren ansvar för att vara sammankallande vid vårdplaneringar.

¹³ Samverkan mellan biståndshandläggare, rehabpersonal/arbetsterapeuter och sjukgymnaster, samt arbetslagsledare, framförallt vid vårdplaneringar, dvs då kommunen övertar ansvar för landstingets ”utskrivningsklara”.

-Brukaren får ju ut max, det är en höjd kvalitet

-Men vi har ju fått vänta in arbetslagsledaren, vissa har haft svårt att hitta sin roll. ”(rehabgruppen)

3.2.5. Teamarbetet - ökad trygghet för brukaren vid vårdplaneringar...

Att arbeta tillsammans med övriga teammedlemmar och där både biståndshandläggare, arbetslagsledare för hemtjänst och rehabpersonal finns med och träffar den enskilde upplevs som något som ger en större trygghet för den enskilde som är ”utskrivningsklar”:

”Kommer man upp någon gång till små sköra gummor som är väldigt tveksamma till om de kan gå hem och är rädda att ramla igen, då har det varit väldigt bra att ha teamet med sig, då kan vi sätta in hemtjänstinsatser, sjukgymnasten kommer och gångtränar så att den här personen blir trygg och då är det lättare för den här personen att gå hem, och lättare för anhöriga.”(biståndshandläggargruppen)

Att arbetslagsledaren finns med vid vårdplaneringarna både i sin egenskap av sjuksköterska och som enhetschef/arbetsledare gör enligt biståndshandläggarna att vårdplaneringarna upplevs fungera smidigare. Arbetslagsledaren kan i egenskap av arbetsledare för hemtjänsten ge den äldre som är utskrivningsklar information om hur hemtjänsten fungerar och meddela när insatserna kan sättas in direkt vid vårdplaneringstillfället, vilket gör att det upplevs fungera smidigare att planera insatserna vid vårdplaneringarna:

”Jag tycker att det är väldigt bra att hon är där i egenskap av både den medicinska sakkunskapen och att hon också är arbetsledare. Om vi som biståndshandläggare kommer fram till att en person kan gå hem så då är ju arbetslagsledaren där och kan direkt tala om [för brukaren] att ’vi kan ta hem dig i övermorgon för då kan jag ordna med personal’. Det är hon som går hem och informerar personalen, hon är ju arbetsledare i den här vårdbiträdesgruppen också.”(biståndshandläggargruppen)

Även rehabgruppen ser det som positivt att arbetslagsledaren finns närvarande på vårdplaneringarna i sin egenskap av arbetsledare och länk till hemtjänsten:

”Utifrån vårdplaneringarna så tycker jag att det är en bra roll för de kan ju säga hur det ser ut i gruppen [hemtjänstgruppen] samtidigt som de har sin sjuksköterskekompetens. Förut visste man inte hur det såg ut i gruppen så på så vis är det bra att de är med för det kommer ju mycket frågor om det /.../ och då kan hon möta upp och säga att de har personal att sätta in så de kan gå hem för det är ofta mycket frågor runt hur gruppen ser ut, är det samma personer som kommer? Då kan alltid arbetslagsledaren bemöta det”(rehabgruppen)

3.2.6. ... men en nackdel med alltför många deltagare

Nackdelarna med att arbeta i större team som biståndshandläggarna tar upp är att det ibland kan upplevas som skrämmande för den äldre när så många från kommunen kommer till vårdplaneringsmötet:

-För brukaren kan det kanske uppfattas som att vi är många som kommer från kommunen. Ibland är det många anhöriga, det kan ju vara 8-10 personer på en sån här vårdplanering. /.../ det kanske är svårt att få den här riktiga kontakten som jag fick när jag kom själv

-Det kan vara ganska skrämmande för den enskilde som undrar vad är det här för konferens? Eller rättegång... Ibland vet man knappt att man ska bli utskriven, och där sitter vi och frågar ’hur vill du ha det nu?’ Vissa är ju i chock, de är ju mycket dåliga de som kommer in på de här vårdplaneringarna så den här mängden av människor kan vara svårt

I: Som följer av team?

-Ja. Och den behövs kanske inte alltid men vi har ju lärt oss att vi kan begränsa oss lite grand också, om vi träffat en person på sjukhuset t ex och vårdplanerat där och det lutar åt att personen inte kan gå hem utan behöver en tid på ett korttidsboende, då väljer vi, då har vi gjort så åtminstone i vårt team att i samråd med varandra välja vilka som ska gå upp. Det kanske bara är arbetslagsledaren och biståndshandläggaren som går upp.”(biståndshandläggargruppen)

3.2.7. Teamarbete underlättar rehabiliterande förhållningssätt

Rehabpersonalen talar också i positiva ordalag om teamarbetet och vårdplaneringarna. De menar att utökade kontakter med arbetslagsledaren gett dem möjlighet att komma in tidigare i processen, och att de därmed har större möjligheter att påverka insatserna kring brukaren till att vara inriktade mot ett rehabiliterande förhållningssätt:

”Det fanns ju inte samma förutsättningar förut [att arbeta enligt ett rehabiliterande förhållningssätt], då kom vi ju in när de hade fått kontrakturer och behövde hjälpmedel. Idag kan vi arbeta på ett helt annat sätt, det har ju beslutats att vi ska arbeta på ett helt annat sätt och vara med vid vårdplaneringar, enligt Östersundsmodellen/.../Jag hör ju utifrån de brukare jag möter att man förstår varför det ska vara så, att alla har sin del ’vad bra att alla är där’, det har varit tryggt”
”(rehabgruppen)

Att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt kontrasteras av rehabgruppen mot det traditionella omsorgstänkandet där man ”sätter in mer hjälp” istället för att hjälpa den äldre att klara saker på egen hand:

”Det var mer inaktivt, att sätta in insatser istället för att titta över vad står det här behovet för? Det är så enkelt att tänka ’hon är gammal vi låter henne få mer hjälp’ utan att analysera varför, vad är det som har hänt? /.../ Här har ju vi en annan möjlighet nu att komma in tidigt, det är det som är skillnaden. Förut ansökte de ju om hemtjänst och så kunde det gå lång tid [innan vi blev inkopplade]. Nu kommer vi in direkt när de ansöker om hemtjänst eller vid förändringar och då har vi möjlighet att påverka på ett annat sätt/.../Jag vet en dam som ansökt om duschhjälp och tyckte att hon skulle få det för hon var ju så gammal. Men sen var hon jättenöjd med lite råd och tips att utföra det med lite insatser bara/.../men det är inte säkert att man får bort insatserna helt. Har man fått ned det i tid så är ju mycket vunnet både för brukaren själv, för brukarens självständighet och för ekonomin.”
(rehabgruppen)

Att det upplevs som lättare att arbeta rehabiliterande i den nya organisationen menar de intervjuade beror på att man arbetar i välfungerande team där arbetslagsledarna, som är centrala för att teamarbetet ska fungera, ser fördelarna med att arbeta i team och att ta med även rehabpersonalen:

”Det är självklart för sjuksköterskan [arbetslagsledaren] att vi ska finnas där. Vi är ju HSL personal både vi och sjuksköterskan. Det är en känsla jag har att man tänker mer rehabiliterande/.../ Det finns med i rollen på ett annat vis, förut blev man oftare bortglömd, då fick vi fajas lite mer för att få finnas med, för att bli ihågkomna. Vi var inte lika självklara”
”(rehabgruppen)

Alla team fungerar inte lika bra och detta tror rehabpersonalen har att göra med på vilket sätt arbetslagsledarna har ”tagit till sig arbetssättet”. I vissa arbetslag blir rehabpersonalen inte inkopplade och involverade på samma sätt i arbetet med att utforma insatserna kring brukaren:

-Det är det vi menar med bra och mindre bra team, hur man har tagit till sig det här arbetssättet. I de team som fungerar bäst där får vi också fler ärenden...men ärenden måste ju finnas i de andra teamen också men vi vet inte om dem för vi blir inte inkopplade. Det hela hänger ju på om vi blir inkopplade

via arbetslagsledaren och om teamarbetet fungerar. Men om teamarbetet inte fungerar så får vi ju inte reda på de här ärendena

-Det kan ju komma via vårdlaget och distriktsarbetsterapeuten ett ärende. Som man egentligen borde ha fått veta av biståndshandläggare eller arbetslagsledare men att det stannat där

I: Så i och med att arbetslagsledare och biståndshandläggare är sammankallande så står och faller er plats i teamet lite med hur de tagit till sig teamarbetsmodellen?

-Ja. (rehabgruppen)

3.3. Att prioritera mellan SoL och HSL

3.3.1. Svåra prioriteringar

En konsekvens av att arbetslagsledaren har helhetsansvar (dvs ansvar för att verkställa beslut enligt såväl SoL som HSL) innebär i realiteten, då resurserna är knappa och det ibland är ont om personal, att arbetslagsledaren tvingas göra prioriteringar. Om det är brist på personal leder detta till att arbetslagsledaren måste fatta beslut om personal ska utföra de uppgifter som brukaren fått beviljat som bistånd enligt socialtjänstlagen eller om de ska utföra sjukvårdsinsatser. En av deltagarna i arbetslagsledargruppen ser att dessa avgöranden ibland kan vara svåra, och att det kan uppstå konfliktsituationer när arbetslagsledaren tvingas prioritera mellan vilka arbetsuppgifter som ska göras:

"Det kan ju uppstå konfliktsituationer också. Man har SoL:en, man måste se till att tid kommer in, man måste ju verkställa besluten som kommer samtidigt som man är sjuksköterska och måste ha tid för sjukvårdsinsatserna" (Arbetslagsledargruppen)

3.3.2. Det medicinska prioriteras i första hand

Biståndshandläggarna ser att det finns en tendens att sjukvårdsuppgifter går före insatser som beviljats jml SoL och att beslut som fattas av biståndshandläggare inte alltid verkställs. Att sociala behov prioriteras lägre ser biståndshandläggarna dock snarare som en följd av att resurserna är knappa, och att det ibland saknas personal än att arbetslagsledaren skulle prioritera sjukvården för att hon är sjuksköterska. Det medicinska prioriterades även i tidigare organisation före andra behov/insatser :

-De har ju sin legitimation också så självklart går det medicinska före, de medicinska uppgifterna som de har delegerat före städning och promenader och sånt

I: Så det blir en styrning mot det? Det prioriteras mer?

-Lite grand, när det är frånvaro i personalgruppen. Men självklart måste man prioritera vad är viktigast? Och det är klart, att få sina mediciner, att byta kateterpåse och stödstrumpa... den där promenaden den får man kanske stå över

-Jag tror att det alltid har varit så att man prioriterat det medicinska i första hand, så har det varit när jag har jobbat i hemtjänsten också

-Ja, det måste ju utföras, mediciner och byta påse

I: Så tidigare enhetschefer har prioriterat det här även om man inte haft den medicinska bakgrunden som sjuksköterska?

-Ja... Medan vi ser ju att det är viktigt för individens välbefinnande att de får komma ut och att de får gå och handla för det här är något de ansökt om och vi har beviljat det och beslutat om det och de får också betala för det. /.../Men det är inte alltid man verkställer det beslutet, och man har kanske synpunkter på att vi ibland inte tar hänsyn till att de har mycket därute. Och det är väl den här rollen att man slösar ju inte på insatser men man ser ju individen på ett annat sätt när man inte är arbetsledare (biståndshandläggargruppen)

Enligt socialstyrelsens lägesrapport om äldreomsorgen i landet sker en förskjutning inom äldreomsorgen från omsorg till vård (Socialstyrelsens lägesrapport, 2005). Socialstyrelsens bild av en "medikalisering" av äldreomsorgen bekräftas av resultaten från denna studie. Det medicinska och HSL- beslut prioriteras i dagens organisation menar biståndshandläggarna. Något direkt samband mellan att det medicinska prioriteras för att arbetslagsledarna är just sjuksköterskor och därför skulle tendera att se det "det sjuka" mer än "det friska" ser emellertid inte biståndshandläggarna. När det gäller att ha helhetssyn och förmågan att "se till det friska" menar biståndshandläggargruppen att detta varierar mellan olika arbetslagsledare, där en del arbetslagsledare upplevs se till individens sociala situation medan andra arbetslagsledare är "sjuksköterskor ut i fingerspetsarna".

3.4. Förutsättningarna för att arbeta i enlighet med ett helhetstänkande

3.4.1. Arbetslagsledarna - Helhetstänkande men splittrade

Då arbetslagsledarna jämför med sin tidigare roll i organisationen som "bara sjuksköterska" så upplever sig arbetslagsledaren ha bättre kännedom om brukaren och kopplar detta till en ökad helhetssyn i relationen till brukaren. När det gäller arbetslagsledarnas arbetsituationen leder dock detta helhetsansvar för brukaren och personalfrågor till en fragmenterad och splittrad arbetsituation:

I: På frågan om ni fått ett ökat helhetstänkande då kom det först ett spontant "Nej, det är mer splittrat!" och sen när vi pratade lite vidare så...?

*-Det där är lite olika delar för själva helhetstänkandet, själva **tänkandet** är ju...tänka kan vi göra på vår kammare och ha kunskapen om brukaren. Men vi har en oerhört splittrad arbetsituation.(arbetslagsledargruppen)*

Utöver att många olika ansvarsområden och kravet på att alltid finnas till hands gör att arbetslagsledaren får en splittrad och svårplanerad arbetsituation så är brist på tid något som tas upp som ett stort problem av gruppen arbetslagsledare. Arbetslagsledarna som deltar i gruppintervjun påtalar vid flera tillfällen svårigheterna med att hantera sin arbetsbörda. Trots att man prioriterar hårt, delegerar och ägnar mindre tid åt att "vara sjuksköterska" än vad man egentligen anser är befogat så räcker inte tiden till för arbetsuppgifterna.Handledning och utbildning av personal och hembesök hos de äldre beskrevs i tidigare avsnitt som arbetsuppgifter som är viktiga delar av sjuksköterske- och arbetslagsledarrollen. Arbetslagsledaren skulle vilja ägna mer tid åt detta men tvingas p g a tidsbrist prioritera bort detta.

3.4.2. Tungrodd administration för arbetslagsledare...

Arbetslagsledarna ifrågasätter också att så mycket av deras arbetstid går åt till arbetsuppgifter som "man inte behöver vara sjukårdskunnig för att utföra". Arbetslagsledaren uppfattas ha fått mer och mer administration och mindre och mindre tid för sjuksköterskeuppgifter och att handleda personal. Rollen för arbetslagsledaren förskjuts mot att bli mer chef och mindre sjuksköterska menar en av deltagarna från undersköterske/vårdbiträdesgruppen:

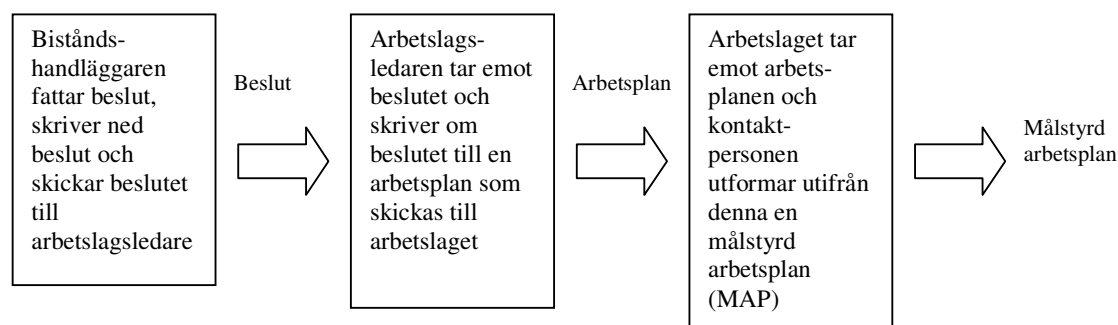
"De har ju inte alls samma kontakt med oss som de hade när de var sjuksköterskor, de får ju tex inte gå hem till boende, de har ju inte alls samma HSL som de hade innan de blev arbetslagsledare. Utan de har ju mer papper, papper, papper, de är ju mer chefer. Där tycker jag att det har blivit en stor

skillnad. Förut var det sköterskan man vände sig till men det är det inte alls i dag på samma sätt” (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Arbetsituationen beskrivs som splittrad och pressad och det finns som tidigare nämndes en stark oro för att situationen kommer att förvärras i den nya rollen som enhetschef. Oron gäller hur tiden ska räcka till när arbetslagsledaren/enhetschefen befaras få ägna ännu mer tid åt administrativa arbetsuppgifter och därmed få ännu mindre tid för det medicinska arbetet gentemot brukaren, och handledning och utbildning i grupperna. Ett område som upplevs ta oproportionerligt mycket tid i anspråk redan nu är de administrativa arbetsuppgifterna. Det administrativa arbetet uppfattas överlag av såväl undersköterskor/vårdbiträden som arbetslagsledare sluka mycket tid och beskrivs som ”tungrodd”.

Ett exempel på tungrodd administration är processen för att vidarebefordra och dokumentera insatsen hos den enskilde:

Processen från biståndsbeslut till målstyrd arbetsplan:



Figur 1. Processen från biståndsbeslut till målstyrd arbetsplan

Processen från biståndsbeslut till att insatsen utförs hos den äldre innebär i dagens organisation tre skrivmoment: 1) biståndshandläggaren skriver beslut om vilka insatser som beviljats, 2) arbetslagsledarens omformulerar detta beslut till en arbetsplan och 3) kontaktpersonen skriver en målstyrd arbetsplan, MAP. För att minska tiden för detta skrivarbete som upplevs som onödigt dubbelarbete föreslår en deltagare i arbetslagsledargruppen att biståndshandläggaren ska kunna lämna beslutet direkt till kontaktpersonen i arbetslaget:

” det här med arbetsplanerna tycker jag är fullständigt onödigt att vi gör /... /det kommer ett beslut från biståndshandläggaren, vi ska verkställa det här beslutet och då ska vi göra en arbetsplan som vi lämnar ut till gruppen som i sin tur gör en målstyrd arbetsplan. Och sen ska tiderna kollas och det här ska gå tillbaka och där tycker jag att det är tårta på tårta för det räcker att beslutet kommer ut, beslutet kan lämnas direkt till gruppen som gör en målstyrd arbetsplan. Det är ett sånt område där vi ser att det har varit mycket dubbelarbete”(arbetslagsledargruppen)

Arbetslagsledargruppen menar att det finns anledning att se över vad som är/ska vara arbetslagsledarens/enhetschefens arbetsuppgift och vad som inte borde vara det, exempelvis när det gäller vissa typer av administrativa arbetsuppgifter:

-Där tycker man att det är så onödigt, det är bortkastat, det räcker att man kan läsa och skriva för att skriva det här, det behöver man inte vara sjuksköterska för att göra och inte enhetschef heller. För det skulle nästan vem som helst kunna göra, skriva av det här, föra in det på ett papper och vi skulle egentligen kunna få resultatet bara. (arbetslagsledargruppen)

3.4.3. ...och för arbetslaget

Arbetslagsledarna menar också att det administrativa arbetet ökat också för arbetslagets personal, och att detta upplevs som ett problem av arbetslagen:

-Det går ju mer tid för personalen för administration än vad det var bara för några år sen men tiden har inte blivit mer för brukarna, det man är till för

-Omvårdnaden för brukarna har inte ökat

-Nej, utan det är mer för redovisning

-Det hör man ju också från personalgruppen att de också får mer arbetsuppgifter, inte bara sjukvård för får de det så är det OK men att de också har mer administrativ tid eller uppgifter som de måste lösa och känner sig också splittrade (arbetslagsledargruppen)

När arbetslaget beskriver sin arbetssituation så återkommer som tema för diskussionen hur det som kallas ”administrativa arbetsuppgifter” upplevs ta onödigt mycket tid i anspråk. Vad som ryms i definitionen administration är en rad olika arbetsuppgifter alltifrån krav på social dokumentation, att skriva målstyrda arbetsplaner, skriva schema eller ringa färdtjänst. En del i de ökade kraven på att utföra administrativt arbete är att den sociala dokumentationen blir mer reglerad. Från att tidigare ha skrivit information i en rapportbok ska vårdbiträden och undersköterskor nu föra mer regelmässiga anteckningar i journaler:

”vi få ju de här sociala dokumentationerna också, det ska vi ta över. Det kommer nu, det är egna pärmar och där ska vi skriva, om man har varit hos en boende ska man skriva ”Idag ville han inte äta” Jag ska skriva för varje dag

-Det här har vi fått från Socialstyrelsen var det väl va som var här och gjorde...?

-Så då får vi en pärm till tydligen att fylla i

-Då måste vi skaffa en egen bokhylla snart

-Ja jag förstår inte hur vi ska få rum med alla pärmar

I: Hur ser det ut om ni jämför med tidigare?

-Det kan ju vara bra i och för sig på ett sätt...

-Från början så hade man ju en rapportbok där man skrev om det hände någonting men så får man ju inte ha. Utan de ska ju sitta var och en för sig. Det blir ju mer tungrott.

-Vi har ju börjat med det där som ni pratar om. Det är jättejobbigt.

-Det var enklare förr när man kunde skriva på ett ställe.

-Nu får vi sitta och titta för varje person, det tar mycket mycket längre tid.

-Varför ska man göra det?

-Du får inte skriva i en rapportbok bara utan det måste vara för varje person

-Och så ska det vara sjuksaker i en, den vanliga rapportboken, och sen ska det vara social dokumentation i en annan

-Jag har t o m hört att de inte får stå på samma ställe (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Kontaktpersonerna ansvarar också för att skriva målstyrda arbetsplaner (MAP) för varje brukare. De målstyrda arbetsplanerna är en källa till stress, och upplevs som något som ”måste fyllas i” men som i realiteten sällan används på det sätt de är tänkta:

-Om jag går till ett annat boende och jobbar, inte sjutton läser jag de här MAP:arna!

I: Vem är den till för då?

-Den är till för att alla ska kunna gå in och läsa om personen
 -För att den personen ska få det som den vill ha det
 -Men vi tycker inte heller om den så det spelar ingen roll
 I:Används den inte på det sättet?
 -Man har inte tid! Jag har väl inte tid att gå och läsa den där som tar 10 minuter att läsa!
 -Det där vet man ju ändå, man pratar ju med dem, man vet hur de vill ha det
 -Och man talar om det för de nya som kommer
 -Och även om man skulle ha läst det där på morgonen så kommer man ju inte ihåg det när man kommer dit” (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Att alltmer tid går åt till administration beskrivs i både undersköterske/vårdbiträdesgruppen och i arbetslagsledargruppen som ett problem. Tiden för att möta och ge omvårdnad och omsorg till de äldre upplevs minska medan mer och mer tid upplevs gå åt till olika typer av administrativa arbetsuppgifter.

3.4.4. Tidsstudie på brukarnas bekostnad

Både arbetslagsledare och arbetslagen återkommer i diskussionerna till de problem som är relaterade till att administrationen upplevs som tung, och att dessa typer av arbetsuppgifter ökar. Detta tas upp som ett stort problem för den egna arbetsmiljön men också för att det upplevs ta tid från andra viktiga arbetsuppgifter i vård- och omsorgsarbetet. En del av den ökade administrationen för personalen pekats av fokusgrupperna ut som något som kommer från den egna förvaltningsledningen och är den modell för avgifter och tidsmätning som finns. Tidsstudien, (av personalen benämnd ”de rosa lapparna”) upplevs ta mycket tid i anspråk. För att kontrollera hur mycket tid vårdbiträden och undersköterskor tillbringar hos brukaren och hur tiden hos brukaren fördelar sig mellan HSL-tid, SoL-tid och tid för rehabiliterande arbetsuppgifter så ska vårdbiträden anteckna vilka arbetsuppgifter som utförts och hur lång tid detta tagit efter varje besök hos en brukare.

Detta sätt att mäta och kontrollera tiden är såväl arbetslagsledare som arbetslagen mycket negativa till. Tidsstudien har pågått under ett år och uppfattas som tidsödande, skapar merarbete och är, enligt deltagarna i undersköterske/vårdbiträdesgruppen, även impopulär hos de äldre. Enligt gruppen undersköterskor/vårdbiträden så tar administrationen av tidsstudien mycket av deras tid, tid som i slutändan försvinner från arbetet med de äldre:

-De här rosa lapparna. Med dem är det mycket jobb, man ska skriva upp tiden man är ute hos brukarna och så ska det summeras ner i slutet av varje månad, och timmarna ska stämma ihop med hur mycket tid de är beviljade.
 -För att kolla upp att de boende får den tid som de betalar för så har vi de rosa lapparna.
 - När man kommer in så måste man kolla på klockan och sen när man går ut så måste man kolla på klockan ...
 -Sen är det att de ska räknas ner i slutet av varje månad. Då har ju vi en sån här hög i våran lokal (1dm tjock). Som ska räknas ner och så ska det skrivas nya. Och sitta och bunta dem.
 -Och så ska sköterskorna ha dem där också.
 -Och ta kopior på, det är ju...vi är ju sekreterare då.
 -Och där blir det att där tar man faktiskt av brukarens tid, det gör man (undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Det paradoxala med att styra genom kontroll och övervakning och tidsstudier av detta slag är att konsekvensen blir att den tid som går åt till att utföra och administrera detta arbete i slutändan måste tas från tid som skulle kunna ägnas åt direkt arbete i vård eller omsorg.

Resultatet blir en upplevelse av att allt mindre tid finns för att tillgodose brukarens behov och att mer och mer tid går åt till att tillfredsställa en administrativ byråkratisk apparat. Också arbetslagsledarna tar upp tidsredovisningen som en typ av administrativt arbete som upplevs som tungt och tidsödande:

*-Tidsredovisning! Där personalen mäter all tid de gör. Och delar upp det i SoL tid och HSL tid och så skriver vi när vi gör sjuksköterskebesök. Och sen för vi in de här listorna i slutet av varje månad eller efter den sista och då får man allt från ett papper till 10-12. De ska vara sammanräknade när de kommer in, men vi ska sitta och lista upp det här. /.../under ett helt år har vi suttit med det här och det tar **timmar** i anspråk.(arbetslagsledargruppen)*

Det finns, menar de intervjuade, en bristande förståelse hos de som kräver in dessa uppgifter för hur tidskrävande detta är för såväl undersköterskor/vårdbiträden som för arbetslagsledarna:

-Allt det här det blir till för de som sitter här [förvaltningens administration] men man ser inte hur mycket tid det tar här ute eftersom det är olika personer som vill ha olika uppgifter.

-Att man mätte det här från början det berodde ju på att från början när biståndshandläggarna bedömde insatser så satte de upp ungefärlig tid som de har efter sina ramar och så blev det då att brukaren fick betala efter det här. Men så visade det sig att brukaren kanske inte alls fick så här många timmar, eller kanske fick fler timmar. Och det var ju det som det började i, att de ska ju betala för den hjälp de får.

-Men det blir ju i alla fall inte rätt /.../Det är så hemskt mycket felkällor.(arbetslagsledargruppen)

3.4.5. ”Kontrolluppgiftstänkande” – tidskrävande och kostsamt

I arbetslagsledargruppen ifrågasätts om förvaltningen i slutändan verkligen tjänar någonting på detta kontroll- och övervakningssystem:

”Det har blivit mer och mer kontrolluppgiftstänkande för att nå resurstänkandet. Och det är ju det som skapar merarbetet. Allt det här kostar ju av egna resurser för att få fram vilka resurser man använder. Jag tror inte man tjänar någonting på det...om man tänker på de här rosa lapparna, om man lägger ihop hur mycket tid det tar i anspråk av verksamheten så tror jag att den tiden den äts ju liksom upp av det man får ut av det som är fel marginellt i resursutnyttjande. Bara vi som sitter här är ju en veckas arbetstid i räkning.”(arbetslagsledargruppen)

Debitering genom tidsmätning kritiserar för att skapa onödigt stor administration som stjälar tid och kraft från andra arbetsuppgifter. Tidsmätningen och debiteringen tar inte heller tillräcklig hänsyn till att äldres behov kan vara skiftande från dag till dag:

”det är människor vi jobbar med som är olika från dag till dag beroende på hur mycket jag kan och orkar så det tar olika mycket tid. Som vi hade förut, att man fick betala inom olika intervaller, det saknar jag för att få olika räkningar varje månad beroende på att någon dag är jag sämre och behöver mer hjälp och så är jag lite piggare nästa månad, det tar ju enorm tid bara att administrera detta!.../Det skulle vara intressant att se vad man egentligen har tjänat på det helhetsmässigt. Om det gick att få fram det. För jag tror inte att man tjänar så mycket på det.”(arbetslagsledargruppen)

Utöver att det går åt mycket tid åt räkning och skrivande så ifrågasätts också den organisationskultur som skapas av kontroll, övervakning och minuträkning. Ökad detaljstyrning och fokus på minuter istället för på vårdens och omsorgen innehåll i form av mening och livskvalitet för den äldre verkar bli en konsekvens av denna modell.

3.5. Vårdbiträden och undersköterskor om ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande

3.5.1. Minutstyrning och uppgiftsorienterat arbete

Om arbetslagsledargruppen beskriver sin verklighet utifrån ett ökat helhetstänkande i form av en ökad kunskap om brukaren, och att i form av utökat teamarbete ha möjlighet att tidigare involveras i arbetet kring brukaren, är inte möjligheten till helhetstänkande och helhetssyn något som lyfts fram av vårdbiträdes/undersköterskegruppen. Diskussionerna i denna grupp tar istället upp känslan av att arbeta i en organisation där arbetet är fragmenterat, detaljstyrt och satt under hård tidspress:

-Det är så minutstyrt på något sätt

-Ja det är liksom så många minuter har hon och så många minuter har han och jäklar anåda om du går över två minuter hos någon.

-Man får ju absolut inte göra något som inte är bedömt

-Nej, nej då får man bassning för det!..!

-Där måste man vara konsekvent

-Det är så jobbigt tycker jag det där för ibland känner man att jamen Gud stackarn ska jag inte hjälpa henne? Men då är hon inte bedömd för det. Ibland så mår jag dåligt.

(undersköterske/vårdbiträdesgruppen)

Interaktionen mellan den som ger hjälpen och den som tar emot hjälpen styrs, som vi ser i citatet ovan, av vårdbiträdets/undersköterskans upplevelse av förbud. När undersköterskan/vårdbiträdet gör en bedömning att den hon besöker har behov av hjälp (en bedömning som hon gör baserad på fakta i den konkreta situationen där hon möter brukaren) så har hon inte mandat att styra vare sig tiden eller förändra arbetsuppgiften efter den förändrade arbetssituationen. Detta förbud styrs dels av tidskontroll, det är inte tillåtet att gå över tiden, inte ens två minuter hos någon. Hon får heller inte fatta beslut om arbetsuppgift - hjälp henne - för "hon inte är bedömd för det" .

I undersköterske/vårdbiträdesgruppen uttrycktes under intervjun otillfredställelse med att inte ha möjlighet och mandat att möta omsorgstagarens behov. Hur ska detta tolkas i relation till arbetslagsledarnas bild av ökad helhetssyn? Är detta ett tecken på att det finns ett glapp i organisationen mellan olika nivåer? Eller handlar det om vad det är man lägger in i begreppet helhetssyn och helhetstänkande?

3.5.2. Helhetstänkande - ur verksamhetens eller brukarens perspektiv?

Helhetssyn och helhetstänkande kan antingen ses i relation till *verksamhetens behov* eller ses utifrån den enskilde *individens behov*. En modell som kan vara en hjälp för att förstå undersköterskornas/vårdbiträdenas upplevelse är om vi föreställer oss omsorgsorganisationen som klämt mellan två världar; ett representerat av ett verksamhetsorienterat synsätt, "Systemets verktyg" och det andra som ett som utgår från den enskilde individens, vård och omsorgstagarens behov; ett humanistiskt orienterat synsätt. I det ena finns hårda och i det andra mjuka värden:

Systemets verktyg och individens behov:

Systemets verktyg/instrument

Hårda värden

Lagar
Regelsystem
Norner
Expertfokus
Administration
Ekonomi
Ledarskap
Teknik
Schema
Förbud

Individens behov

Mjuka värden

Etik
Värderingar
Förhållningssätt
Individens autonomi
Individens integritet
Helhetssyn
Holism
Trygghetsfaktorer
Självbestämmande
Känslor

(Figur 2. Hämtad från "Socialtjänst och sjukvård för äldre - hur påverkar insatserna varandra?" Ett gemensamt tillsynsprojekt mellan socialstyrelsen och länsstyrelsen, Socialstyrelsen s 12)

I en omsorgsorganisation så är idealet att individens behov av mjuka värden *ska förstärkas av systemets verktyg*, och att systemets verktyg, dvs administration, lagar och regler ska vara *tjänande och inte styrande*. När vi istället har motsatsen så får vi en omsorgsorganisation där individens behov anpassas till verktygen, och där systemets hårda verktyg kan upplevas som självändamål (ibid).

Omsorgsgivaren i citatet ovan ger uttryck för att systemets verktyg (regelsystem och expertfokus) ges företräde på bekostnad av att tillgodose individens behov, och att mötet mellan den äldre och vårdbiträdet/undersköterskan i hög grad styrs av verksamhetens krav på effektivitet och arbetsdelning. Detta innebär att i det konkreta vård- och omsorgsarbetet så är den helhetssyn som prioriteras en helhetssyn som sätter verksamhetens behov före individens behov.

3.5.3. Förutsättningarna för vårdbiträden/undersköterskor att arbeta utifrån en helhetssyn begränsade

När undersköterskor och vårdbiträdena beskriver sitt arbete i form av mötet med brukaren är det bilden av en traditionell, tayloristisk, hierarkisk, organisation med strikt arbetsdelning och tidsstyrning som tonar fram. Enligt Eliasson-Lappalainen och Szebehely (1998) har forskning om äldreomsorgens organisering länge lyft fram de negativa konsekvenserna av att äldreomsorgen bedrivs enligt en modell som hämtar inspiration från 30-talets tayloristiska industrimodell med löpande bandsprincip, där omsorgsarbetet blir en serie deluppgifter som ska lösas, där ingen ser helheten, och där personal är tidsstuderad och kontrollerad. Trots all forskning som pekar på de negativa effekterna för såväl omsorgens som arbetets innehåll så har detta sätt att organisera arbetet inte minskat utan snarare har tendensen gått i motsatt riktning, mot en ökad standardisering av hemtjänstinsatser, och mot ökad detaljstyrning av personalens arbete.

Peter Westlund och Arne Sjöberg (2005) menar att anledningen till detta är att många kommuner organiserar sin omsorg utifrån idén om att tillfredsställa primära behov med fokus

på överlevnad istället för att ha sin utgångspunkt i vad som är meningsskapande för den enskilda individen. Om omsorgen utgår från vad som är meningsskapande för den äldre blir det nödvändigt att minska graden av detalj och minutstyrning och istället ge de som utför det direkta omsorgs och vårdarbetet mer ansvar för omsorgens utformning.

I exemplet ovan lyfter en av deltagarna i fokusgruppen fram den vanda hon känner inför att inte kunna hjälpa en gammal människa med det som hon för stunden behöver hjälp med. Anledningen till att hon inte upplever sig kunna assistera den gamla med det hon behöver ha hjälp med är ”att hon är inte bedömd för det”. Mindre detaljstyrning och standardisering och mer frihet och möjlighet att möta och tillgodose omsorgstagarens behov där och då ger ökad arbetstillfredsställelse och en omsorg som mer utgår från individens behov i den specifika situationen som omsorgstagaren befinner sig i. Utgångspunkten för ett sådant arbete måste vara att vårdbiträdet/undersköterskan upplever att hon/han fått mandat och ansvar för att möta behov som uppstår även om den äldre hon möter ”inte är bedömd för det”.

I vård och servicenämndens skrivelse om förslag till ny organisation talas om behovet av att utveckla ledarskapet och organisationen. Det talas om ”etikstyrning”, om att skapa engagemang och ”självständiga medarbetare med frihetsgrader att agera utifrån krav och problem” som en viktig del av den nya organisationen. Då bilden av arbetet för vårdbiträden/undersköterskor fortfarande verkar präglad av att organiseras enligt en byråkratisk, tayloristisk och hierarkisk modell snarare än postbyråkratisk modell (se exempelvis Peterson, 2005) är det svårt att se hur denna vision ska kunna förverkligas.

I en organisationsmodell som utgår från att under en viss begränsad tid (minuter) utföra en specifik standardiserad arbetsuppgift (ge matlåda, tillsyn, bädda, byta kateterpåse) blir, som vi ser, utrymmet för omsorgstagare/omsorgsgivare att interagera begränsad. Detta inverkar på omsorgsgivarens förmåga att möta den äldre utifrån dennes behov där och då. Att arbetet upplevs som ”minutstyrt” samtidigt som det finns förbud mot att ”göra något som inte är bedömt” ger en bild av verksamhetens organisering där vårdbiträdens och undersköterskors förutsättningar att arbeta utifrån en helhetssyn som utgår från individens behov är starkt begränsade.

Slutdiskussion

Ökad medicinsk kompetens nära brukaren?

Leder den nya organisationen till ökad medicinsk kompetens nära brukaren, som angavs som ett motiv för omorganisationen? Den bild som arbetslagsledare och undersköterskor/vårdbiträden ger är att arbetslagsledaren ägnar mindre tid åt direkt sjukvård och hembesök hos brukaren än hon gjorde i funktionen som kommunal sjuksköterska. Mer sjukvårdsuppgifter delegeras istället till undersköterskor/vårdbiträden och undersköterskor i synnerhet.

Att arbetslagsledaren har mindre tid för sjukvårdsuppgifter gör att undersköterskor och vårdbiträden tolkade det som att den medicinska kompetensen nära brukaren minskat i organisationen. Å andra sidan har den ökade delegationen också medfört att undersköterskors möjlighet att få använda sig av *sin* kompetens vad gäller sjukvård ökat. Undersköterskans

kompetens inom hälso- och sjukvård är något som de intervjuade undersköterskorna menar var en mer eller mindre outnyttjad resurs i den tidigare organisationen.

Undersköterskorna beskriver också något som kan tolkas som en ökad arbetstillfredsställelse när det gäller att ta till vara deras yrkeskompetens. Om undersköterskor tidigare upplevde frustration över att inte få göra det man var utbildad till (för att sjuksköterskorna inte släppte ifrån sig dessa arbetsuppgifter) får nu undersköterskorna i sin yrkesroll göra mer av det de uppfattar motsvara sin kompetens. Detta skulle också kunna tolkas som att det skett en ökad ”medikalisering” av undersköterskornas yrkesroll och arbetsuppgifter.

Om undersköterskor nu i högre utsträckning får arbetsuppgifter som ligger inom ramen för deras kompetensområde så är ett problem som tas upp att detta läggs ovanpå andra arbetsuppgifter. Undersköterskorna i studien anser att de ökade kraven på dem att utföra sjukvårdsuppgifter läggs ovanpå ”vårdbiträdesarbetsuppgifter”, att de får tyngre arbetsböda än vårdbiträden, och att de inte fått tillräcklig kompensation för detta.

För att hantera det ökade medicinska ansvaret uttrycker vårdbiträdes- och undersköterskegruppen önskemål om att få mer handledning och stöd i det dagliga arbetet. Arbetslagsledargruppen anser även de att ökad delegering ställer ökade krav på sjuksköterskan/arbetslagsledaren att ge handledning och utbildning till personalgruppen. Handledning och utbildning behövs för att kvalitetssäkra och ge trygghet, men detta är något som arbetslagsledarna har svårt att hinna med i den utsträckning de skulle önska. Istället skildrar arbetslagsledarna hur mycket av deras tid går åt till administrativt arbete som beskrivs som tungrovt och ibland onödigt dubbelarbete. För såväl arbetslag som arbetslagsledare finns önskemål om att effektivisera och få ner den administrativa delen av arbetet för att frigöra mer tid för direkt omsorgs- och vårdarbete, samt för arbetslagsledarnas del, för handledning och utbildning av personalgruppen vad gäller sjukvård och annan handledning. Om undersköterskor och vårdbiträden får mer tid för handledning, utbildning och också mer stöd i det dagliga arbetet är det kanske möjligt att se den nya organisationen som en ökning av medicinsk kompetens nära brukaren trots att sjuksköterskornas tid för sjukvårdsuppgifter minskat. I ökad delegering av sjukvård finns en möjlighet för organisationen att, i relation till brukaren, etablera en större kontinuitet där en och samma person kan ge både omvårdnad, service, och ge medicin eller lägga om sår.

Det som ses som problematiskt av undersköterskor i denna studie är dock att undersköterskornas arbetsböda idag blir för stor då de förväntas göra lika mycket ”vårdbiträdesjobb” som vårdbiträdena och undersköterskejobb ovanpå det. Hur VSF väljer att hantera denna fråga, dvs den ökade skillnaden mellan vårdbiträdens och undersköterskors arbetsuppgifter kan bli ett viktigt vägval. Vilken strategi VSF väljer blir intressant vad gäller undersköterskors och vårdbiträdens yrkesroller och respektive grupps arbetssituation och möjlighet till utveckling i framtiden.

Ett annat intressant resultat av studien är att den verkar peka mot en ökad ”medikalisering” av äldreomsorgen i Enköping. Enligt socialstyrelsens lägesrapport om äldreomsorgen i landet sker en förskjutning inom äldreomsorgen från omsorg till vård (Socialstyrelsens lägesrapport, 2005). Den trend Socialstyrelsen ser är att kommunerna tillgodoser äldres praktiska och medicinska behov men inte psykiska och sociala. Socialstyrelsens bild av en ”medikalisering” av äldreomsorgen är något som verkar bekräftas av resultaten i denna studie, där vårdbiträdes/undersköterskegruppens skildring av verksamheten och den egna yrkesrollen ter sig alltmer orienterad mot arbetsuppgifterna och insatserna kopplade till medicinska behov.

Också biståndshandläggargruppen lyfte fram att sociala behov prioriteras lägre än de medicinska i prioriteringsordningen av vilka insatser som ska utföras.

När det gäller medicinsk kompetens nära brukaren handlar det för arbetslagsledarnas del om hur stort utrymme rollen som sjuksköterska ska ha inom ramen för arbetslagsledarrollen. Trots att många arbetsuppgifter delegeras till arbetslaget så tar sjukvårdsuppgifter fortfarande mycket tid för arbetslagsledaren. Arbetslagsledarna menar att deras HSL – ansvar tar en stor del av deras arbetstid, vissa veckor uppskattas så mycket som 85% av tiden gå åt till HSL-relaterade arbetsuppgifter. I VSF:s ledning finns inte tillräcklig förståelse för att sjukvårdsarbetet är så tidskrävande som det i faktiskt är, menade gruppen arbetslagsledare. Arbetslagsledarnas gruppdiskussion tar fasta på arbetslagsledarnas behov av stöd för att hantera HSL-tiden, och menar också att en genomgång av storleken på varje arbetslagsledares ”kundunderlag” behöver göras. Ett alternativ till att göra arbetslagsledarnas kundunderlag mindre är att fler sjuksköterskor anställs i organisationen, sjuksköterskor som kan ”kapa topparna” när det är mycket att göra, och vara vikarier för att arbetslagsledarna inte ska behöva täcka upp för sjuka eller lediga kollegor. Effektivisering av administrativa arbetsmoment samt administrativt stöd är andra områden som arbetslagsledarna själva ser skulle kunna underlätta deras arbete och ge mer tid för andra mer angelägna arbetsuppgifter.

Nära mellan arbetsledare och arbetslag?

När det gäller kortare väg mellan arbetsledare och personal finns även här svårtolkade och motstridiga signaler. Å ena sidan finns en daglig kontakt mellan arbetslagsledare och arbetslag, och informationsöverföringen upplevs fungera mer tillfredställande i dagens organisation där arbetslagsledarens funktion som sammanhållande länk i organisationen lyfts fram. Detta kan å andra sidan kontrasteras mot arbetslagets upplevelse av avsaknad av stöd i det dagliga arbetet. Bristen på stöd i det dagliga arbetet kopplas till arbetslagsledarnas tidsbrist och splittrade arbetssituation.

När det gäller förhållandet mellan arbetslagsledare och undersköterskor/vårdbiträden dominerades fokusgruppdiskussionerna av oron för arbetslagsledarnas hälsa. Stressen och arbetslagsledarnas splittrade arbetssituation upplevs präglade de möten som finns mellan arbetslagsledare och personalgrupp, och dessa upplevs som otillfredställande av båda parter. Arbetslagsledarna skulle vilja ha mer tid inte bara för handledning och utbildning, utan också för att finnas som ledare och stöd för personalgruppen. Undersköterskor och vårdbiträden ger uttryck för att de är i behov av en mer närvarande arbetsledare som kan ta mer aktiv del i det dagliga arbetet.

Informationsöverföringen skildrades däremot som något som fungerar bättre i den nya organisationen där arbetslagsledarna fungerar som sammanhållande länk både inåt och utåt i organisationen.

Hur ska arbetslagsledaren förhålla sig till olika krav och rollförväntningar?

Arbetslagsledaren har från biståndshandläggaren övertagit ansvar för vårdplaneringar. Arbetslagsledaren har också övertagit de arbetsuppgifter och den roll enhetschefen tidigare hade. Arbetslagsledaren förväntas medverka vid vårdplaneringar och göra hembesök i egenskap av arbetsledare i högre utsträckning än vad tidigare enhetschef gjorde. På arbetslagsledaren finns också förväntningar att göra hembesök och hålla kontakt med brukare utifrån sin sjuksköterskeroll, vara en bra och uppdaterad sjuksköterska och att ge arbetslaget

utbildning och handledning i sjukvård. Arbetslagsledaren förväntas i sin funktion fungera som en sammanhållande länk, är central för teamarbetet och en garanti för att helhetssyn och helhetstänkande ska prägla organisationen. Arbetslagsledaren förväntas som chef leda verksamheten, utifrån sitt personalansvar ansvara för arbetsmiljö i arbetsgruppen, ha medarbetarsamtal, utveckla det praktiska arbetet, vara en god chef och arbetsledare. Utöver dessa ansvarområden har arbetslagsledaren fr o m januari 2006 också övertagit ekonomi och budgetansvar från tidigare verksamhetschef.

Arbetslagsledaren har tagit över en mängd roller och också rollförväntningar som följer med dessa olika roller. Många förväntningar och krav finns på arbetslagsledarna och arbetslagsledarna upplever sin vardag som splittrad och har svårigheter att tillgodose alla förväntningar. Arbetslagsledarna vittnar om en splittrad och stressig arbetsituation. Utsagorna från intervjun med arbetslaget pekar på att de ser sina chefer arbeta övertid mer eller mindre regelmässigt, och pekar på risken med att detta kan komma att resultera i ohälsa för arbetslagsledaren. Arbetslagsledarna själva ger också uttryck för svårigheter att hantera arbetsbördan och svårigheterna med att hantera alla de krav och förväntningar som ställs på dem i deras funktion. Farhågor och oro fanns också för hur ytterligare arbetsuppgifter i samband med budget och ekonomiansvar kommer att förvärra situationen och göra att ännu mindre tid finns för sjukvård (både i form av egna hembesök och i form av handledning och utbildning till arbetslaget). Arbetslagsledarna har själva idéer om vad som skulle kunna underlätta för dem i deras arbete (i form av ytterligare sjuksköterskebemanning och administrativt stöd) men menar att deras önskemål inte hörsammats i tillräcklig utsträckning.

Många delar av arbetslagsledarens funktion lyfts i denna explorativa studie fram som positiva, och andra skulle kunna utvecklas mer positivt om arbetslagsledaren/enhetschefen fick ägna mer tid åt arbetsuppgifter som de anser vara viktiga men som de idag upplever att de tvingas prioritera bort.

Administrationn tar tid från omsorgsarbetet

Med anledning av att administrationen upplevs som tungrodd och att detta ägnas så stor uppmärksamhet under fokusgrupperna (för såväl arbetslagsledare som undersköterskor och vårdbiträden) finns anledning att titta på vad som döljer sig under upplevelsen av en tung och klumpig administration. I framtida studier/organisationsutveckling av äldreomsorgens organisation i Enköping finns kanske skäl och fördjupa sig mer i denna fråga. Vad är det för administrativt arbete arbetslag och arbetslagsledare gör idag och vad är anledningen till att det administrativa arbetet upplevs öka? Vilken typ av administrativt arbete är det som ökar? Måste det administrativa arbetet öka? För vems skull dokumenterar man och på vilket sätt? Vilket samband finns det idag mellan administration och skrivarbete och kvalitet för brukaren? Vilka rutiner och arbetsmoment när det gäller dokumentation och administration kan förenklas eller kanske t o m tas bort?

En annan fråga viktig att ställa sig är också - varifrån kommer kraven som ger ökad administration och vad beror de på? Det finns krav på dokumentation som har att göra med nya direktiv, lagstiftningar och förordningar om hur mycket och på vilket sätt den löpande omsorgen och vården ska dokumenteras och detta måste förstås utföras. Men kanske finns det möjligheter att ändra rutiner, förenkla och underlätta, kanske framförallt när det gäller att identifiera vad som kan vara onödigt dubbelarbete och på så sätt förenkla processer och eliminera onödiga moment? Detta gäller inte minst för de krav som kommer från den egna förvaltningen, som ett exempel nämns tidsstudien. Förvaltningens ledning har också en del i

att skapa ökad administration (och har möjlighet att minska denna) genom att se över vilka administrativa uppgifter som åläggs personal i verksamheten.

Flera av deltagarna ser det som önskvärt att minska det administrativa arbetets andel av arbetstiden, att rationalisera för att frigöra tid och på så sätt få mer tid över för andra arbetsuppgifter som exempelvis besök hos brukare eller mer tid för handledning och utbildning. Det borde också ligga i förvaltningens intresse att rationalisera bort onödiga arbetsmoment och frigöra mer av personalens tid.

Ökad helhetssyn och helhetstänkande?

Helhetstänkande arbetslagsledare - men fragmenterat och uppgiftsorienterat arbete för arbetslagen

I fokusgruppintervjuerna lyfte de olika grupperna fram olika aspekter av helhetssyn och helhetstänkande. Arbetslagsledarna menade att de i sin funktion/roll fått ökade möjligheter att etablera en helhetssyn, och de såg denna helhetssyn som ökad kunskap om brukaren, och att vara mer involverade i arbetet kring brukaren. En förändring i den nya organisationen som kopplas till helhetssyn är det utökade teamarbetet. Mer samarbetet mellan professioner har gett arbetslagsledare (och rehabpersonal) möjlighet till tätare samarbete med biståndshandläggare, att komma in tidigare i arbetet och i beslutsprocessen kring brukaren och på så sätt upplevde sig dessa grupper ha större möjlighet att vara delaktiga i och påverka inriktningen på beslut som fattades.

Då undersköterske- och vårdbiträdesgruppen beskriver sitt arbete beskrivs detta inte i termer av ökad helhetssyn och ökat helhetstänkande. Verksamheten framställs istället som fragmenterad, hårt styrd och uppgiftsorienterad. De tidsmässiga ramarna är alltför snäva för att vårdbiträdet/undersköterskan ska ha reell möjlighet att agera flexibelt och möta brukarens behov i den aktuella situationen. Undersköterskans/vårdbiträdets arbete skildras också som präglad av detaljstyrning och förbud mot att agera självständigt och göra något ”som det inte finns beslut på”.

Mötet mellan den äldre och vårdbiträdet/undersköterskan skildras som i hög grad styrt av verksamhetens krav på effektivitet och arbetsdelning, och har sin tyngdpunkt i en helhetssyn som utgår från verksamhetens behov snarare än individens behov. Slutsatsen blir att systemets verktyg och instrument, dvs verksamhetens behov ges företräde på bekostnad av individens behov i en konkret situation. Vårdbiträdes- och undersköterskegruppen ger en bild av en verksamhetens där mycket små möjligheter och mycket litet mandat finns för vårdbiträden och undersköterskor att utveckla helhetssyn i relation till den enskilde individens behov, och att den helhetssyn som dominerar är en helhetssyn som utgår från verksamhetens behov snarare än individens behov.

När undersköterskor och vårdbiträdenas beskriver sitt arbete i form av mötet med brukaren är det bilden av en traditionell, tayloristisk, hierarkisk, organisation med strikt arbetsdelning och tidsstyrning som tonar fram. Industrimodellen inom omsorgsarbetet har länge kritiserats för dess negativa konsekvenser för omsorgens innehåll. Behovet av en minskad standardisering och detaljstyrning av omsorgspersonals arbete också har länge lyfts fram i forskning (se exempelvis Eliasson-Lappalainen och Szebehely, 1998)

Peter Westlund och Arne Sjöberg (2005) menade att om omsorgen ska organiseras utifrån vad som är meningsskapande för den äldre blir det nödvändigt att minska graden av detalj och minutstyrning och istället ge de som utför det direkta omsorgs och vårdarbetet mer ansvar för omsorgens utformning. Mindre detaljstyrning och standardisering och mer frihet och möjlighet att möta och tillgodose omsorgstagarens behov där och då ger ökad arbetstillfredsställelse och en omsorg som mer utgår från individens behov i den specifika situationen som omsorgstagaren befinner sig i. Utgångspunkten för ett sådant arbete måste vara att vårdbiträdet/undersköterskan upplever att hon/han fått mandat och ansvar för att möta behov som uppstår även om den äldre hon möter ”inte är bedömd för det”.

I vård och servicenämndens skrivelse fanns, som vi såg tidigare, en vision om att i den nya organisationen skapa engagerade och ”självständiga medarbetare med frihetsgrader att agera utifrån krav och problem”. Självtändigheten och frihetsgraderna för vårdbiträden och undersköterskor i den nya organisationen verkar trots detta fortfarande vara små. Detta kopplar jag till att arbetet för vårdbiträden och undersköterskor ger uttryck för att fortfarande vara starkt präglad av att organiseras enligt en byråkratisk, tayloristisk och hierarkisk modell.¹⁴

I den nya organisationen finns förväntningar på att arbetslagsledaren genom att ha ansvar för ”alla” områden också ska stå som en garanti för helhetssyn och helhetstänkande i organisationen. Mer ordning och bättre informationsflöde är ett resultat som man menar är positivt med att fler kontakter idag går via arbetslagsledarna som ses som en sammanhållande länk i organisationen. Men det finns också tecken på att det finns ett glapp i organisationen, där vårdbiträden och undersköterskor inte har möjlighet att förverkliga visionen om helhetssyn i det konkreta arbetet, i mötet med brukaren. Detta har, som vi såg ovan, att göra med om helhetssynen utgår från verksamhetens behov eller brukarens behov. Glappet kan också ha att göra med i vilken utsträckning undersköterskor och vårdbiträden ses som en del av teamarbetet. I intervjuerna uppges endast arbetslagsledare, biståndshandläggare och rehabpersonal tillhöra teamet. Det kommer också signaler om att kontakterna mellan biståndshandläggare och arbetslag minskat, och även rehabpersonal uppger sig ha minskade kontakter med undersköterskor och vårdbiträden. Samtidigt som vissa grupper uppger att de fått utökat samarbete och ökat inflytande finns tecken på en ökad hierarkisering där de som är närmast brukaren (vårdbiträden och undersköterskor) riskerar att hamnar utanför eller i periferin av de sammanhang där besluten fattas.

¹⁴ En annan modell att organisera arbetet är exempelvis en ”postbyråkratisk modell” (se t ex. Peterson, 2005). I en postbyråkratisk modell har den anställde större frihet i hur och när arbetsuppgifter ska utföras.

Referenser

Eliasson-Lappalainen, Ros-Marie och Martha Szebehely, 1998 "Omsorgskvalitet i svenska hemtjänst-hotad eller säkrad av att mätas?" i (red) Eliasson-Lappalainen, Ros-Marie och Martha Szebehely, *Vad förgår och vad består. En antologi om äldreomsorg, kvinnosyn och socialpolitik*, Symposion, Lund.

Gurner, Ulla och Mats Thorslund, 2003, *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*, Natur och Kultur, Stockholm.

Peterson, Helen, 2005, *Gender, power and Post-bureucracy- Work Ideals in IT Consulting*, Uppsala universitet, Uppsala.

Sjöberg, Arne och Peter Westlund, 2005, *Antonovsky, inte Maslow. För en salutogen omsorg och vård*, Fortbildningsförlaget, Solna.

Wibeck, Victoria, 2000, *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*, Studentlitteratur, Lund.

Rapport Socialstyrelsen, 2001, *Socialtjänst och sjukvård för äldre - hur påverkar insatserna varandra? Ett gemensamt tillsynsprojekt mellan socialstyrelsen och länsstyrelsen*, Socialstyrelsen.

Lägesrapport 2005, *Vård och omsorg om äldre*, Socialstyrelsen.

Material från Enköpings kommun

Tjänsteskrivelse till vård och servicenämnden 2001-11-18 "Förslag till ny organisation inom Vård- och serviceförvaltningen", Enköpings kommun

Zamore, Kristina, 2004, "VC och ALL-perspektiven på Vård och Serviceförvaltningen omorganisation vid årsskiftet 2001/02. Redovisning av utvärderande samtal gjorda med verksamhetschefer och arbetslagsledare", Enköpings kommun.