

Styrning, effektivitet och styrningseffektivitet

En studie om implementeringen av Hemvårdsenheten i Uppsala



FoU-rapport

1/2008

Författare:
Cecilia Lindholm, Ek dr
Företagsekonomiska institutionen
Uppsala universitet

Förord

Inom landstingets primärvård bildades under 2006 en särskild hemvårdsenhet för äldre. Syftet var att skapa en sammanhållen organisation för läkarinsatser till äldre med stora och omfattande vårdbehov, dvs multisjuka/multisviktande äldre i ordinärt och särskilt boende och att samordna olika hälso- och sjukvårdsinsatser för denna målgrupp. Genom att bilda hemvårdsenheten ville man också skapa god tillgänglighet och hög kontinuitet för en ökad trygghet för äldre och deras anhöriga.

Beslutet att bilda en hemvårdsenhet för äldre tillkom efter ett seminarium som anordnades av FoU äldre tillsammans med Uppsala kommun och Akademiska sjukhuset. Vid detta seminarium, som vände sig till ledande politiker och tjänstemän, behandlades svårigheter kring organisering och samordning av vården för multisjuka/multisviktande äldre. Hemvårdsenheten innebar att man skulle bilda en ny vårdorganisation i samverkan mellan olika huvudmän, vilken också förutsatte ett förändrat arbetssätt. FoU äldre fick av sin styrgrupp i uppdrag att följa och dokumentera processen kring bildandet av denna nya organisation. Projektet har genomförts av ekonomie doktor Cecilia Lindholm och skett i samarbete med Företagsekonomiska institutionen vid Uppsala universitet.

I ett annat projekt med anknytning till Hemvårdsenheten har professor Gunhild Hammarström studerat multisjuka/multisviktande äldres och anhörigas upplevelser och erfarenheter av hälso- och sjukvård. Rapporten har titeln ”Jag vet inte vad som händer!” – Multisjuka och multisviktande äldres erfarenheter av hälso- och sjukvård i Uppsala, FoU-rapport 3/2007.

Uppsala i december 2008
FoU äldre
Regionförbundet Uppsala län

Innehållsförteckning

Sammanfattning	7
1. Introduktion.....	9
2. Något om styrning och ansvar i professionella organisationer	12
2.1 Styrning av professionella organisationer	12
2.2 Ansvar i professionella organisationer	13
3. Datainsamling och databearbetning	16
3.1 Observationer.....	16
3.2 Intervjuer	17
3.3 Dokumentstudier	17
3.4 Databearbetning i en kvalitativ forskningsansats	18
3.5 Presentation av preliminär rapport, januari 2008	19
4. Förändringsprocessen – implementering och utveckling av Hemvårdsenheten	20
4.1 Utgångsläge och probleminventering	20
4.2 Hösten 2005 - utvecklingsarbetet inleds.....	23
4.3 Våren 2006 – Implementering i två steg.	27
4.4 Januari 2007 – Uppdraget omdefinieras i ett nytt projekt	29
4.5 Sammanfattande diskussion	30
5. Effektivitet i implementering och verksamhet.....	32
5.1 Effektivitet i Hemvårdsenhetens verksamhet	32
5.2 Effektivitet i implementeringen av Hemvårdsenheten	34
5.3 Sammanfattande diskussion	35
6. Slutsatser och avslutande reflektioner.....	36
6.1 Konflikterande ansvar i förändringsprocesser	36
6.2 Enhetens framtida utveckling	37
7. Epilog.....	39
Referenser	40
Bilaga	44

Sammanfattning

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting inom vård och omsorg ökar snabbt. I synnerhet gäller detta för gruppen äldre med stora och komplexa vårdbehov, dels beroende på att denna grupp ökar i omfattning, dels beroende på att hälsoproblemen blir allt tyngre och svårare. Under våren 2005 aktualiserades behovet av en långtgående samverkanslösning mellan Uppsala kommun och landstinget i Uppsala län då kommunen, med hänvisning till i första hand bristande läkartillgänglighet, sade upp det avtal mellan kommun och landsting som tidigare reglerat läkartillsynen i kommunens särskilda boenden. Istället formulerades ett politiskt uppdrag riktat till fyra aktörer: Hälso- och sjukvårdsstaben i landstinget, primärvården, Akademiska sjukhuset och Uppsala kommun. Dessa skulle tillsammans skapa en organisatoriskt sammanhållen enhet - Hemvårdsenheten för äldre - genom vilken kommunens och landstingets resurser för gruppen äldre med stora vårdbehov skulle samordnas och effektiviseras. Enheten skulle ha en koordinerande funktion och fungera som en ”dirigent i vården”. Utöver detta innebar även uppdraget att enheten skulle erbjuda möjligheter till kompetensutveckling för kommunens personal.

Uppdraget karaktäriserades av stor politisk enighet, både mellan politiker från de olika partierna och mellan politiker som representerade de två sjukvårdshuvudmännen. Uppdraget mötte dock motstånd från primärvården, där inrättandet av den nya organisatoriska enheten uppfattades som kontroversiellt och som en kritik mot primärvårdens befintliga verksamhet och organisation. Nära tre år senare kan konstateras att det givna uppdraget har omdefinierats vid olika tillfällen och att den verksamhet som nu bedrivs vid Hemvårdsenheten i väsentliga delar skiljer sig från det uppdrag som formulerades och konkretiserades under våren 2005. Hela processen har karaktäriserats av motstridigheter mellan framför allt politiker och tjänstemän å ena sidan och professionella aktörer inom företrädesvis primärvården å den andra sidan.

Forskningsrapporten har två syften.

- Det första syftet är att beskriva och analysera implementering, utveckling och omdefiniering av uppdraget att inrätta Hemvårdsenheten genom att processen beskrivs utifrån begreppet styrningseffektivitet. I enlighet med detta analyseras processen med fokus på spänningar mellan tre konflikterande ansvarsuppfattningar - politiskt ansvar, tjänstemannaansvar och professionellt ansvar - vilka utgår från aktörernas olika kulturer, värderingar och normsystem.
- Det andra syftet är att redogöra för hur representanter för olika aktörsgrupper uppfattar effektiviteten i den verksamhet som bedrivs vid enheten idag. Här redogörs också för den framtida utveckling som olika aktörer uppfattar som önskvärd för att öka effektiviteten i samverkan mellan de två sjukvårdshuvudmännen.

Den studie som ligger till grund för rapporten har varit longitudinell och inneburit att implementeringsprocessen följts under drygt två år genom observationer, intervjuer och dokumentstudier. Av studien framgår att styrningseffektiviteten i processen varit låg och att de aktörer som representerat läkarprofessionen getts utrymme att vid flera tillfällen omförhandla uppdraget och därmed haft ett avgörande inflytande över vårdens organisation. Områden som särskilt skapat spänningar mellan de olika aktörsgrupperna har varit enhetens

finansiering och läkarnas arbetsvillkor. Studien illustrerar i den sistnämnda delen den klassiska spänningen inom den traditionellt starka läkarprofessionen – diskussionen om läkaren som specialist eller generalist.

När det gäller effektiviteten i den nuvarande verksamheten framgår av intervjuer med verksamhetsföreträdare i kommunen att enheten inneburit vissa effektivitetsvinster samtidigt som ytterligare fördelar i samverkan uppfattas som eftersträvansvärt. Det framgår också att den sammanhållna organisatoriska enhet som skisserades i det ursprungliga uppdraget fortfarande efterfrågas, bland annat för att öka möjligheterna till kompetensutveckling för kommunens personal och för att minska sårbarheten i läkarförsörjningen till särskilt boende.

Studiens huvudsakliga slutsats är att ökad styrningseffektivitet i förändringsprocesser förutsätter att signifikanta aktörers ansvarsuppfattningar inte är konflikterande. Detta innebär att den organisatoriska förändringen måste utformas på ett sätt som i största möjliga utsträckning bryter tidigare tankemönster och lojaliteter. Viktiga faktorer är organisatorisk placering av verksamheten och engagemang av aktörer som leder förändringsarbetet på en operativ nivå. Detta är en utmaning i alla förändringsprocesser i högt professionaliserade organisationer och är av extra stor betydelse i situationer då två huvudmän söker skapa samverkanslösningar.

1. Introduktion

Behovet av samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet har ökat under de senaste två decennierna vilket bland annat manifesterats i flera stora huvudmannaskapsreformer inom vård- och omsorgsområdet under 1990-talet¹. Inte minst gäller detta vård och omsorg för äldre med stora vårdbehov, vilket är en grupp som ökar kraftigt i antal samtidigt som hälsoproblemen inom denna målgrupp blir allt tyngre och svårare². Denna utveckling har aktualiserat behovet av att klargöra ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting samtidigt som samverkan över huvudmannaskapsgränserna betraktas som en förutsättning för ett sammantaget gott omhändertagande av äldre personer med stora och komplexa vårdbehov³. Sett utifrån samhället som helhet ställer utvecklingen stora krav på optimalt utnyttjande av samtliga vårdgivares resurser, oavsett organisatorisk hemvist. Det finns således behov av att ta ett mer samlat grepp när det gäller samordningen av vårdinsatserna för personer med omfattande behov av medicinska insatser och av akut läkartillsyn (ibid.).

Det är inte särskilt kontroversiellt att understryka behovet av samverkanslösningar mellan sjukvårdshuvudmän och därmed en effektivisering av det sammantagna resursutnyttjandet. Att däremot styra mot, och i praktiken skapa former för, effektiv samverkan är betydligt mer komplicerat. Vård och omsorg återfinns inom ramen för några av samhällets mest komplexa verksamheter. De är politiskt styrda och präglas av multidimensionella mål, ett stort antal aktörsgrupper med stundom konflikterande intressen och starka professioner, i synnerhet läkarprofessionen (Östergren & Sahlin-Andersson 1998; Siverbo; 2007). Verksamheterna skall uppfylla svårdefinierade målsättningar som ”god hälsa och vård på lika villkor” och bedrivs inom ramen för budgetbegränsningar och ökande krav på effektivitet. Samtidigt har forskning om styrning av högt professionaliserade organisationer visat att de professionella aktörernas handlingar styrs av normer och värderingar som utvecklas inom ramen för professionen och inför vilka aktörerna uppfattar ett professionellt ansvar (Freidson, 1986; Abbott, 1988; Sinclair, 1995; Kurunmäki, 2004). I verksamheter som bygger på samverkan mellan två sjukvårdshuvudmän – så kallad interorganisatorisk samverkan - innebär detta att styrningsproblematiken ytterligare accentueras då aktörer med olika kulturer, professioner, normsystem, värderingar och uppfattningar om formellt och informellt ansvar interagerar i daglig verksamhet (Lindholm & Palm, 2003; Danermark, 2005; Lindholm, 2005; Kraus, 2007). Samverkanslösningar mellan olika vårdgivare ställer därför höga krav på flexibilitet, anpassningsförmåga och nytänkande (Danermark & Kullberg, 1999).

Något mindre uppmärksammat i forskning om sjukvårdens organisering och styrning är att även samverkan mellan primärvård och slutenvård, vilket är verksamheter som bedrivs inom ramen för samma sjukvårdshuvudman, ofta aktualiserar liknande problematik som interorganisatorisk samverkan. Även intra-organisatoriska relationer präglas således av skillnader när det gäller kultur, värderingar, normsystem och ansvar (Seal & Jones, 1997; Jones, 1999; Lindholm, 2003). Då primärvård och slutenvård återfinns inom ramen för samma

¹ Ädelreformen (1992), Handikappreformen (1994) och Psykiatrireformen (1995). Sedan den 1 juli 2002 är det också möjligt för kommuner och landsting att bilda gemensamma nämnder för att på så sätt kunna samverka för att fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20). Se också utredning om Hjälpmedel (SOU 2004:83).

² Se Slutbetänkandet av den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005 (SOU 2003:91)

³ Se Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) .

resurstilldelningssystem kommer dessa verksamheter dels att konkurrera om samma resurser, dels vara föremål för modeller för ekonomisk styrning som stundom kan skapa oförutsedda och omdiskuterade styrningseffekter. När det gäller samverkan inom vård och omsorg finns det således anledning att observera spänningar och möten i både inter- och intra-organisatoriska relationer.

I Uppsala aktualiserades behovet av en långtgående samverkanslösning mellan kommun och landsting gällande äldrevården under våren 2005 då kommunen sade upp det avtal mellan kommun och landsting som tidigare reglerat läkartillsynen i kommunens särskilda boenden. Detta gjordes med hänvisning till bristande läkarförsörjning och bristande tillgänglighet på läkare både i kommunens vårdboenden⁴ och i hemsjukvården⁵. Med anledning av detta beslutade de två sjukvårdshuvudmännen, landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun, att inrätta en gemensam och sammanhållen organisatorisk enhet med syfte att samordna landstingets och kommunens medicinska insatser för vård av äldre med stora vårdbehov. Beslutet föregicks av stor politisk enighet hos både kommun och landsting och denna enighet återfanns även i tjänstemannagruppen där behovet av samverkanslösningar mellan de två huvudmännen under flera år hade diskuterats i olika samverkansgrupper på tjänstemannanivå. I opposition till både beslutet och problemdefinitionen stod primärvården som argumenterade dels för att bristen på läkarförsörjning till de särskilda boendena berodde på otillräcklig finansiering av primärvårdens verksamhet, dels för att de påstådda bristerna egentligen var överdrivna och att läkarförsörjningen i de särskilda boenden i de flesta fall fungerade bra. Skillnaden mellan de olika aktörsgruppernas uppfattningar om samma verksamhet skiljde sig således kraftigt åt i utgångsläget.

Under hösten 2005 inleddes det praktiska implementeringsarbetet och tre aktörer - primärvården i Uppsala, Akademiska sjukhuset och Uppsala kommun - fick tillsammans med Hälso- och sjukvårdsstaben i uppdrag att senast under 2006 skapa en sammanhållen organisatorisk enhet, Hemvårdsenheten för äldre⁶, vilken skulle ha en koordinerande funktion och fungera som en ”dirigent i vården”. Syftet med den sammanhållna organisationen var att skapa trygghet för den enskilde, både patienter och anhöriga, med god tillgänglighet och hög kontinuitet. Enhetens uppdrag var, något förenklat, att ansvara för samtliga medicinska insatser för alla personer över 65 år i särskilt boende samt ansvara för vissa personer över 65 år med stort vårdbehov som bodde i ordinärt boende, således i sin egen hemmiljö. Utöver dessa två uppgifter förväntades enheten skapa bättre förutsättningar för ökad kompetensutveckling samt öka tryggheten i arbetsituationen för den kommunala personalen.

Hösten 2007, då denna rapport skrivs, kan konstateras att uppdraget under de nära tre år som passerat omdefinierats vid olika tillfällen och att den verksamhet som idag bedrivs vid Hemvårdsenheten i väsentliga delar skiljer sig från det uppdrag som formulerades och konkretiserades under våren 2005. De olika aktörsgruppernas uppfattningar om verksamheten, liksom anledningarna till att uppdraget omdefinierats under resans gång, går nästan lika diametralt isär som det en gång gjorde då uppdraget formulerades. De största åsiktsskillnaderna återfinns fortfarande mellan representanter för primärvården, som tillhör den traditionellt starka läkarprofessionen, och representanter för politiker och tjänstemän. Omdefinieringen av uppdraget beskrivs av aktörer inom primärvården som en nödvändig anpassning av kartan till verkligheten och en korrigerig av ett ursprungligt ”feltänk”.

⁴ Kommunens vårdboenden omtalas i rapporten som särskilt boende

⁵ I rapporten omtalas personer som visas i sin hemmiljö och som är i behov av hemsjukvård som personer i ordinärt boende.

⁶ Enheten kommer fortsättningsvis att omnämnas som Hemvårdsenheten.

Representanter för politiker och tjänstemän inom både kommun och landsting beskriver däremot det förändrade uppdraget i starkt kritiska ordalag, i något fall till och med som ett sabotage mot politiska beslut. Kommunens företrädare på verksamhetsnivån - distriktsköterskor och enhetschefer på särskilda boenden - lägger å andra sidan praktiskens aspekter på enhetens nuvarande verksamhet och konstaterar att verksamheten förbättrat samarbetet mellan kommun och landsting. Samtidigt efterfrågas dock de fördelar som en sammanhållen organisation förväntades föra med sig, inte minst när det gäller behovet av kompetensutveckling och ökade kunskaper om äldre och åldrande.

För mig är det en omöjlig uppgift att utreda vilken av dessa aktörer som "har rätt" och vilken organisatorisk lösning som är optimal för vård av äldre med komplexa vårdbehov i ett landsting och en kommun som Uppsala. Däremot aktualiserar implementeringen av Hemvårdsenheten intressanta frågor utifrån ett styrningsperspektiv, både inom området styrning och kontroll av politiskt styrda organisationer och inom området samverkan mellan kommun och landsting. Processen illustrerar spänningar mellan politiskt ansvar, tjänstemannaansvar och professionellt ansvar vilka i sig utgår från aktörernas olika kulturer, värderingar och normsystem. Att studera dessa ansvarskonflikter ger värdefulla insikter om styrningens potential både i inter- och intraorganisatoriska relationer inom sjukvård och omsorg.

Rapportens syften

Forskningsrapporten har två syften. Det första syftet är att beskriva och analysera implementering, utveckling och omdefiniering av uppdraget att inrätta Hemvårdsenheten. Inom ramen för detta diskuteras styrningen av, och effektiviteten i, implementeringen utifrån olika aktörsgruppers uppfattningar. De aktörsgrupper som återfinns i studien är politiker och tjänstemän i både kommun och landsting samt verksamhetsföreträdare för primärvård, Akademiska sjukhuset och kommunens hemsjukvård och särskilda boenden.

Det andra syftet är att, utifrån den verksamhet som bedrivs av Hemvårdsenheten idag, redogöra för hur representanter för de olika aktörsgrupperna ovan beskriver verksamheten utifrån den uppfattade effektiviteten. Här redogörs också för den framtida utveckling som olika aktörer beskriver som önskvärd för att öka effektiviteten i samordningen av kommunens och landstingets resurser inom medicinska och sociala verksamhetsområden.

Rapportens disposition

Rapportens teoretiska utgångspunkter diskuteras i nästkommande avsnitt där fokuseringen ligger på begreppen styrning och ansvar i högt professionaliserade organisationer. Därefter redogörs i avsnitt tre för den forskningsmetod som tillämpats vid datainsamling och databearbetning. I rapportens första empiriska del beskrivs det utgångsläge som låg till grund för uppdragets utformning och därefter implementeringsprocessen utifrån tre avgränsade men relaterade faser. I rapportens andra empiriska del, avsnitt fem, diskuteras effektivitet, dels i Hemvårdsenhetens verksamhet idag och dels i implementeringen av det uppdrag som formulerades under våren 2005. I rapportens avslutande del presenteras studiens slutsatser samt avslutande reflektioner.

2. Något om styrning och ansvar i professionella organisationer

Inom hälso- och sjukvården återfinns några av samhällets högst professionaliserade verksamheter. Enligt Abbotts (1988, s. 8 och s. 318) ofta refererade definition är professioner ”exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases”. Inom ramen för denna förhållandevis allmänt hållna definition utgör flera yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården professioner, således utöver den traditionellt starka läkarprofessionen även till exempel sjuksköterskor och paramedicinare. Även inom omsorgsområdet återfinns professionella grupper där socialt arbete stärkt sin ställning som profession under den senaste tioårsperioden (Abbott, 1988; Llewellyn, 1998).

Karaktäristiskt för en profession är att den kunskap som aktörerna besitter vilar på en systematisk, vetenskapligt grundad teori och att de professionella aktörerna har en lång och standardiserad utbildning. Det är bland annat genom denna utbildning som aktörerna insocialiseras i den professionella gemenskap där normer och värderingar skapas, delas och förmedlas. Inom ramen för en profession återfinns således etablerade etiska koder och särskilda yrkeskulturer (Abbott, 1988; Alvesson, 2006). Vidare är det professionens kunskap som styr beslut och handlande mer än organisatorisk position, vilket ger de professionella aktörerna autonomi och handlingsutrymme (ibid.). Graden av autonomi bestäms i första hand av professionens styrka och position i förhållande till andra professioner (Abbott, 1988). Detta är en följd av att professioner återfinns i ett system bestående av flera professioner och yrkesgrupper och att detta system präglas av konkurrens (ibid.). Två professioner som i litteraturen ofta anförs som exempel på konkurrerande professioner är läkarprofessionen och sjuksköterskeprofessionen. Relationen mellan dessa professioner präglas av läkarprofessionens kunskapsövertag inom området medicin men också av att sjuksköterskeprofessionen stärkt sin position i förhållande till läkarna genom att området omvårdnad kommit att utgöra ett eget ämne i utbildning och även forskning (se till exempel Heyman, 1995).

2.1 Styrning av professionella organisationer

Det kunskapsövertag och den autonomi som diskuterats ovan innebär utmaningar när det gäller styrning och kontroll av högt professionaliserade organisationer. Särskilt höga krav ställs på att de styrsystem och styrtekniker som tillämpas måste uppfylla två väsentliga och grundläggande förutsättningar:

- Styrningen måste vara accepterad och uppfattas som legitim. (Giddens, 1979; 1984, se också Robert & Scapens, 1985; Willmott, 1987; Macintosh & Scapens, 1990; Whittington, 1992; Ahrens & Chapman, 2002)
- De begrepp som används i styrningen måste vara möjliga att förstå och använda i kommunikation. (ibid)

Att dessa principer, som i och för sig gäller all styrning av organiserad verksamhet, har speciellt stor betydelse i högt professionaliserade organisationer förklaras, som ovan redan diskuterats, av att professionella aktörer i hög grad styrs av andra normsystem utöver den styrning som härrör från organisationens ledning (Miller 1994; 1996; Kurunmäki, 2004; Nilsson, 2007). Detta innebär att aktörerna handlar med utgångspunkt i normer som

utvecklats dels inom ramen för aktörernas olika professioner, dels inom ramen för olika organisationskulturer samt inom ramen för de olika styrsystem och system för uppföljningar som finns för verksamheterna (Abbott, 1988; Freidson, 1986). Betoningen på gemensam förståelse och att aktörernas handlingar präglas av värderingar överensstämmer både med professionsteorier och tidigare forskning om organisationskulturer (Alvesson, 2001).

Samtidigt är det viktigt att ta i beaktande att all styrning i någon mening utgår från resurser och aktörers kontroll av resurser vilket påverkar den potential som finns i styrning och styrsystem (Giddens, 1979; 1984, se också Robert & Scapens, 1985; Willmott, 1987; Macintosh & Scapens, 1990; Whittington, 1992; Ahrens & Chapman, 2002). Inom ramen för ekonomiska styrsystem återfinns fördelning och kontroll av finansiella resurser med det grundläggande syftet att skapa förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande (Guthrie, 1998).

I professionella organisationer är en mycket betydelsefull resurs den kompetens som professionen besitter och därmed även kontrollerar (Abbott, 1988). I enlighet med diskussionen ovan präglas professioner av ett kunskapsövertag i förhållande till övriga aktörsgrupper och genom detta kunskapsövertag skapar professionen en autonomi och en domän, både i förhållande till styrmodeller och till andra professioner. Det är således viktigt att betona att ingen aktör är utan kontroll av fokala resurser. Hierarkisk placering och formell organisationsrätt utgör endast en av flera baser i styrningen av professionella organisationer vilket utgör en viktig teoretisk förklaring till att högt professionaliserade organisationer är svåra att styra inom ramen för traditionella styrmodeller.

2.2 Ansvar i professionella organisationer

En förklaring till att styrning av högt professionaliserade utgör särskilt stora utmaningar hänger samman med hur mänskliga aktörer i allmänhet, och professionella aktörer i synnerhet, uppfattar och konstruerar ansvar i relationer till andra aktörer. Ansvar är ett ofta använt begrepp inom sociologi och etnometodologin (Garfinkel; 1967; Silverman, 1975; Czarniawska-Georges, 1996) för att förklara hur vi som mänskliga aktörer handlar inom ramen för sociala system, till exempel organisationer. Begreppet har senare fått stor betydelse för företagsekonomisk forskning (Roberts & Scapens, 1985; Sinclair, 1995; Ahrens, 1996; Ahrens & Chapman, 2002). Utgångspunkten är att grunden för all mänsklig interaktion består i att vi kan förklara och rättfärdiga våra handlingar inför andra aktörer i ett socialt system. Sådana förklaringar och rättfärdiganden är avgörande för hur vi uppfattas av andra aktörer, således avgörande för vår identitet i till exempel en organisation eller en profession. En aktör måste kunna förklara och rättfärdiga ett beslut, en handling eller ett ställningstagande på ett sätt som kan förstås av andra aktörer men också uppfattas som legitimt och accepterat av dessa (Mouritsen, 1997, Lindholm, 2003). För en aktör som tillhör läkarprofessionen innebär detta att en handling måste kunna rättfärdigas utifrån professionella normer och värderingar för att kunna accepteras som legitim av andra aktörer inom samma profession. Exempel på sådana normer och värderingar är att handlingen faller inom ramen för vad som avses med ”god vård” och faller inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet.

Samtidigt deltar professionella aktörer i organisationer vilket innebär att ansvar också tilldelas aktören inom ramen för en organisatorisk struktur. Ett typexempel på detta är att man som läkare och chef både har ett medicinskt ansvar och ett ansvar att bedriva den medicinska verksamheten i enlighet med en ekonomisk logik och inom ramen för givna

budgetrestriktioner. Detta innebär att olika typer av ansvar kan komma i konflikt och därmed konkurrera. Lite förenklat kan sägas att det finns en skillnad mellan att ha ett ansvar och att ta detta ansvar. Vissa grundläggande värderingar och normer har så stark påverkan på aktörers handlingar att annat ansvar får stå tillbaka. I enlighet med ovanstående typexempel kommer det medicinska ansvaret sannolikt att konkurrera ut det ekonomiska ansvaret eftersom det inte uppfattas som legitimt och accepterat att fatta beslut som påverkar människor hälsa utifrån ekonomiska överväganden.

Dock bör betonas att just den potentiella konflikten mellan medicinskt och ekonomiskt ansvar kommit att uppmärksammas allt mer under den senaste tjugoårsperioden då ekonomiska styrmodeller och redovisningslogik hämtad ur traditionell företagsekonomi i stor utsträckning kommit att bli en del av vård och omsorg. Utvecklingen är inte avgränsad till svenska förhållanden utan gäller för hela västvärlden (Olson *et al*, 1998). I litteraturen beskrivs denna utveckling som det nya sättet att styra offentliga organisationer – ”the New Public Management” (Hood, 1995) och har inneburit stora förändringar i grundläggande förutsättningar för verksamheterna. I vissa fall har traditionella professioner förändrats i så hög utsträckning att de enligt litteraturen utvecklats till hybrider efter att professionell logik och ekonomisk logik kommit att förenas i aktörernas handlingar (Kurunmäki, 2004).

En särskild källa till konflikt och konkurrens mellan olika aktörers grupper ansvar utgår ifrån att både kommuner och landsting är politiskt styrda organisationer. Detta innebär att det finns ett politiskt ansvar att fatta och genomföra beslut i enlighet med demokratiska principer och att allmänheten kan påverka organiseringen av hälso- och sjukvård, ytterst genom allmänna val, och med tillämpning av demokratiska metoder (Rose, 1991; Hood, 1995). I detta perspektiv är en förutsättning för demokratin att allmänheten har pålitliga metoder för att avgöra om politiska beslut har haft en avsedd effekt eller ej (*ibid*). I politiskt styrda organisationer återfinns också ett administrativt ansvar vilket innebär att aktörgruppen tjänstemän utformar styrsystem och andra styrtekniker för att implementera de politiska besluten och intentionerna. Detta innebär också att tjänstemännen, som aktörer på hög hierarkisk nivå, kontrollerar både styrsystemen och de finansiella resurserna vilket definieras som ett hierarkiskt-strukturellt ansvar (Cregård, 2007). Detta kommer senare i denna framställning att omtalas som ett tjänstemannaansvar.

De olika typerna av ansvar karakteriserar i sin renodlade form olika aktörers grupper inom vård och omsorg - politikerna, tjänstemännen och de professionella aktörerna - men innebär ofta, som ovan nämnts, också ansvarskonflikter hos samma aktör som befinner sig i olika roller i verksamheten, t ex både som chef för en verksamhet och som läkare i samma roll som sina kollegor. Sinclair (1995) problematiserade de olika typerna av ansvar som höga chefer inom offentlig sektor ställs inför genom en intervjustudie. Hon definierade olika typer av ansvar som dessa chefer uppfattade och som stundom kom i konflikt med varandra. Cheferna upplevde ansvar med anledning av att de befann sig i en politiskt styrd organisation men också genom att de tillhörde en viss professionell grupp. Samtidigt upplevdes ansvar gentemot de egna värderingarna (samvetet). De befann sig också inom ramen för stora organisationer som är hierarkiskt styrda och som innebär att man som aktör har ett ansvar inför de regelsystem och normer som finns där.

Förändringsprocesser

Förändringsprocesser är ett område där professionernas autonomi och kunskapsövertag kan innebära att de aktörer som är satta att besluta och administrera förändringarna, således politiker och tjänstemän, står inför ett särskilt stort organisatoriskt motstånd. Bilden av professionella organisationer är att formella förändringar spelar en underordnad roll och att företrädare för professionella grupper har en skeptisk inställning till administrativt initierade processer (Nilsson, 2007). Verksamheten skyddas så gott det går mot förändringarna och särskilt gäller naturligtvis detta förändringar som uppfattas som utslag av kritik mot den egna organisationen (Brorström 1995; 2001).

3. Datainsamling och databearbetning

Den studie som ligger till grund för rapporten har gällt en förändringsprocess vilket innebär att analysarbetet utgår från antagandet att det som händer i ett visst skede hänger samman med vad som hänt tidigare men även påverkar det som händer senare. Genom att studera processer kan forskaren studera hur skeenden och mönster i social interaktion utvecklas över tid och ges också möjlighet att observera hur till exempel värderingar och uttryck för aktörers uppfattning av normer är sammankopplade med varandra (Pettigrew, 1997; Bryman, 2002). Detta kommer till uttryck i studien genom att data insamlats under en tid av drygt två år och att aktörers uppfattningar och uttalanden jämförs över tid. I studien används tre olika grupper av data - observationer, intervjuer och dokumentstudier - vilket innebär att principen för metodtriangulering har tillämpats (Bryman & Bell, 2005).

3.1 Observationer

En betydelsefull del av datainsamlingen har gjorts genom att jag deltagit som observatör vid möten i två olika arbetsgrupper som skapats med anledning av implementeringen av Hemvårdsenheten. Arbetsgrupperna beskrivs närmare i nästkommande avsnitt. De har utgjorts av projektgruppen, en arbetsgrupp med ansvar för att praktiskt implementera Hemvårdsenhetens verksamhet, och styrgruppen, en grupp vars uppgift varit att styra och kontrollera implementeringsprocessen. Båda dessa grupper har varit sammansatta av representanter för de fyra huvudaktörerna primärvården, Akademiska sjukhuset, Uppsala kommun samt Hälso- och sjukvårdsstaben.

Observationerna inleddes under hösten 2005 och pågick fram till och med hösten 2007. Projektgruppen avslutades i juni 2006 under det att styrgruppen fortfarande är aktiv under den höst då studien avslutas. Verksamheten vid Hemvårdsenheten rapporteras kontinuerligt till denna grupp. Under den aktuella tidsperioden har jag deltagit i möten med projektgruppen och styrgruppen. Med undantag för två möten har jag deltagit i samtliga sammanträden, dock vid ett tillfälle representerad av en forskarkollega vid Företagsekonomiska institutionen, som förde anteckningar för min räkning.

Min uppgift under dessa sammanträden har praktiskt taget uteslutande bestått i att observera. Jag har således inte deltagit i diskussionerna utom i de fall då jag informerat deltagarna om mitt forskningsprojekt. Under mötena fördes minnesanteckningar vilka skrevs rent omgående efter mötet. I anteckningarna har jag dokumenterat diskussionerna så ordagrant som möjligt, således utan att tolka situationen, och även dokumenterat vilka personer som sagt vad. Utifrån dessa anteckningar har jag sedan sökt mönster och upprepningar i synsätt hos olika aktörsgrupper. Avsikten har också varit att studera förändringar under arbetets gång.

Då forskaren deltar i möten och sammanträden på det sätt som jag gjort under processen finns det anledning att ifrågasätta den så kallade forskareffekten, det vill säga i vilken utsträckning den utomstående forskarens närvaro påverkat händelseförlopp eller haft betydelse för hur fritt mötesdeltagarna uppfattat sig kunna agera och uttala sig. Såvitt jag har kunnat bedöma har min närvaro inte påverkat mötesdeltagarna i någon nämnvärd utsträckning, särskilt inte varefter tiden gått, och min uppfattning är att mötena präglats av öppenhjärtiga diskussioner. På en förfrågan från mig om att få spela in projektgruppens möten nekades jag dock detta eftersom projektgruppens medlemmar uttryckte att de skulle känna sig besvärade av att

diskussionerna dokumenterades på detta sätt. Det är också värt att notera att ytterligare en deltagare i projektgruppen och styrgruppen befann sig i en annorlunda roll än övriga och det var gruppens sekreterare som representerade hälso- och sjukvårdsstaben och i denna roll också förde minnesanteckningar vid mötena. Dessa minnesanteckningar har använts som komplement till de minnesanteckningar jag själv fört.

3.2 Intervjuer

Utöver observationer baseras studien på intervjuer med ett antal signifikanta aktörer, således respondenter som har valts ut utifrån kriteriet att dessa har särskild kunskap och insikt i förhållanden och händelseförlopp. Urvalet av respondenter med förankring i den operativa verksamheten i kommunen och primärvården har gjorts efter att verksamhetschefen vid Hemvårdsenheten lämnat förslag på ett större antal respondenter som jag valt ibland. Sammanlagt har jag gjort 17 intervjuer med 15 personer. Således har en person intervjuats vid flera tillfällen. Intervjuerna gjordes under perioden maj till och med september 2007, med undantag för två intervjuer som genomfördes under våren 2006. Varje intervju tog ungefär en timme i anspråk utom en som gjordes på 40 minuter och två som tog en och en halv timme var. Intervjuerna har dokumenterats genom att de har spelats in på band och sedan transkriberats. Frågorna framgår av intervjuformulär i bilaga. Utöver dessa standardfrågor ställdes också frågor som formulerades inom ramen för det samtal som fördes mellan mig och respondenten under intervjun. Intervjuerna är således att betrakta som semi-strukturerade (Kvale, 1997).

Urvalet av respondenter har inte styrts av ambitionen att uppnå statistisk representativitet utan har gjorts som ett komplement till de observationer jag har gjort av arbetet i styrgruppen och projektgruppen. Ambitionen har varit att alla aktörsgrupper skall vara representerade även i intervjufasen av undersökningen, dock att vissa respondenter valts ut med anledning av att jag ville ha förtydliganden eller en vidare utveckling av samtal som förts i styrgruppen eller projektgruppen. I gruppen politiker och tjänstemän har fler personer som representerar aktörsgruppen tjänstemän intervjuats vilket förklaras av att övrigt material tydligt indikerat att beslutet att skapa Hemvårdsenheten inte varit politiskt kontroversiellt.

Antal intervjuerespondenter har fördelat sig på olika aktörsgrupper enligt följande: politiker (landstinget 2); tjänstemän (kommun 2; landstinget 2; primärvården 2); läkare (primärvården 1; Akademiska sjukhuset 1); representanter för kommunens hemsjukvård och särskilda boenden (4 där både personal inom hemsjukvården och särskilt boende varit representerade); verksamhetschef vid Hemvårdsenheten.

3.3 Dokumentstudier

Slutligen har jag tagit del av ett stort antal dokument som dels skickats till mig för kännedom i samband med att forskningsplanen formulerades, dels skickats som bilagor till kallelser och protokoll. Särskilt betydelsefulla har projektdirektiv, projektbeskrivningar och uppdragsbeskrivningar gällande Hemvårdsenhetens verksamhet varit. Dokumenten har använts främst för att undersöka vilket syfte och vilket uppdrag som getts till projektgrupp och styrgrupp.

3.4 Databearbetning i en kvalitativ forskningsansats

Vid bearbetning av studiens data användes ett datoriserat program, NUD-ist⁷ vilket är ett program särskilt konstruerat för att bearbeta kvalitativa data. Minnesanteckningar, intervjuutskriften och skriftliga dokument har lagts in i gemensam databas och därefter kodats i olika huvudkategorier och underkategorier. Exempel på huvudkategorier har varit "relationerna mellan de tre huvudaktörerna primärvården, kommunen och Akademiska sjukhuset", "resurser och resursfördelning", "effektivitet" och "Hemvårdsenhetens verksamhet i nuläget". Utifrån huvudkategorierna skapades sedan underkategorier genom att begrepp och uppfattningar som återkom vid upprepade tillfällen kom att utgöra särskilda underkategorier.

Arbete med kvalitativa data skiljer sig således markant från arbete med kvantitativa sådana. Nedan presenteras ett exempel för att klargöra den tolkningsprocess som görs vid databearbetning. Uttalandet gjordes under en intervju med en av kommunens distriktssköterskor på ett särskilt boende som svar på frågan om, och i så fall hur, Hemvårdsenhetens tillkomst påverkat effektiviteten i relationen mellan primärvården och det särskilda boendet.

"Men jag tycker att utarbetningen av faxblanketterna har gjort att det har blivit lättare. Till exempel händer det ganska ofta att jag har faxat till husläkaren och sagt att jag vill ha journalanteckningar och sedan har jag inte fått det. Men då faxar jag ett annat papper och skriver "faxat andra gången" och sedan tredje gången, fjärde gången och femte gången. Och då har jag liksom papper på vad jag har gjort – jag har dokumenterat vad jag har gjort. Jag kan säga att "jag har faktiskt försökt få tag i de här pappren men de har inte kommit". Sedan brukar de faktiskt komma annars skriver jag så här att jag skriver en avvikelse rapport om inte det kommer. Så ordningen har blivit bättre för att vi vet hur vi ska göra när det inte fungerar."

Av detta uttalande görs följande reflektioner och kodningar:

- Respondenten upplever att verksamheten vid Hemvårdsenheten har inneburit en förbättring i relationen mellan primärvården och det särskilda boendet vilket är att betrakta som en ökning av effektiviteten. Samtidigt noteras att respondenten uttrycker att effektiviteten ökat och enhetens verksamhet inneburit förbättringar för det särskilda boendet trots att respondenten "ganska ofta" är i läget att hon söker journalanteckningar som inte kommer och att hon enligt uttalandet faxar upp till fem gånger för att få denna anteckning.
- När det gäller hur effektiviteten påverkats kan uttalandet användas som stöd för att differentiera effektivitetskategorin "trygghet" i två underkategorier:
 - 1: Trygghet för personal som arbetar i kommunens särskilda boenden
 - 2: Trygghet för patienter/brukare

Den trygghet som respondenten hänvisar till handlar också i första hand om att distriktssköterskan på det särskilda boendet har möjlighet att dokumentera sina insatser för att sedan inte kunna ställas till svars för något olämpligt agerande. Detta kommer därför att utgöra ytterligare en underkategori till kategorin "trygghet för personal i kommunens särskilda boenden".

⁷ NUD-IST är en förkortning Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing.

3.5 Presentation av preliminär rapport, januari 2008

I samband med ett forskningsseminarium den 23 januari 2008 anordnat av Regionförbundet Uppsala län, FoU Äldre, presenterades en preliminär version av denna rapport för ett trettiootal personer med anknytning till implementeringen av Hemvårdsenheten. I seminariet deltog politiker och tjänstemän från både Uppsala kommun och landstinget i Uppsala län liksom verksamhetsföreträdare både från Akademiska sjukhuset och primärvården. Vissa reaktioner och funderingar från deltagare i samband med och efter seminariet har beaktats i den föreliggande versionen av rapporten. En förutsättning har dock varit att dessa funderingar och reaktioner även stötts av annat datamaterial.

4. Förändringsprocessen – implementering och utveckling av Hemvårdsenheten

I kommande avsnitt beskrivs implementeringsprocessen utifrån de observationer, intervjuer och dokumentstudier som gjorts. Efter att ett utgångsläge och en probleminventering beskrivits redovisas processen i tre fristående men sammankopplade faser. Den första fasen omfattar tidsmässigt hösten 2005 och beskriver hur implementeringsarbetet initieras. Den andra fasen omfattar våren 2006 då implementeringsarbetet konkretiseras och även omdefinieras. Den tredje fasen utgår från ett beslut i Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (januari 2007) då den tidigare omdefinieringen ytterligare befästs genom att läggas till grund för en försöksverksamhet omfattande ett år (pågående). Beslut om huruvida verksamheten skall permanentas i denna form tas under våren 2008 av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i landstinget.

4.1 Utgångsläge och probleminventering

Då förslaget till inrättandet av Hemvårdsenheten lades under våren 2005 var detta ett led i en flerårig process där förutsättningarna för vård av äldre med stora vårdbehov hade förändrats. Sett över ett längre tidsperspektiv hade det då rådande systemet för läkarförsörjningen i särskilt boende under lång tid betraktats som väl fungerande och samarbetet mellan landstinget i Uppsala län och Uppsala kommun var av tradition gott när det gällde system för läkartillsyn i särskilt boende⁸. Dock skedde förändringar inom målgruppen äldre, både i särskilt och ordinärt boende, som innebar att det tidigare systemet för läkarförsörjning successivt kom att uppfattas som otillräckligt⁹. Då andelen svårt sjuka och äldre med multipla diagnoser ökade ställdes nya krav på primärvårdens organisation och bristande tillgänglighet av husläkare definierades som huvudproblemet¹⁰.

Samtidigt som målgruppen förändrades kom också en förändring i kommunens strategi vad gällde äldre vården där ambitionen var att människor i betydligt högre utsträckning än tidigare skulle kunna åldras i sitt hem¹¹. En minskad utbyggnad av särskilda boenden kom i sin tur att påverka situationen för Akademiska sjukhuset där ett antal patienter som av slutenvården betraktades som utskrivningsklara inte kunde beredas plats i kommunens särskilda boenden samtidigt som de var alltför vårdberoende för att klara sig i sitt eget hem¹².

Problemet med dålig tillgänglighet i primärvården innebar också en belastning av akutvården på Akademiska sjukhuset¹³. Multisjuka äldre patienter kom i allt högre utsträckning att besöka akutmottagningen antingen beroende på att patienten inte kommit i kontakt med sin husläkare eller beroende på att kommunens sjuksköterskor inte kommit i kontakt med primärvårdens läkare och därför inte ansåg sig våga ta fortsatt ansvar för patienten¹⁴. I många fall var dessa patienter inte fall för slutenvård inom Akademiska sjukhuset utan hade kunnat tas om hand i

⁸ Intervju, tjänsteman, kommunen

⁹ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

¹⁰ Ibid

¹¹ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509; Intervju, politiker landstinget; Intervju, läkare, Akademiska sjukhuset

¹² Intervju, läkare, Akademiska sjukhuset; Intervju, politiker, landstinget; Intervju, tjänsteman, landstinget

¹³ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509; Intervju, politiker, landstinget; Intervju, tjänsteman, landstinget.

¹⁴ Intervju, tjänsteman, landstinget

hemsjukvården eller efter att det särskilda boendet haft kontakt med ansvarig läkare inom primärvården¹⁵. Hög belastning på sjukhusets akutmottagning och onödiga inläggningar på vårdavdelningar var en viktig del i den bakomliggande problembilden.

Slutligen definierades problem som utgick från kompetensen hos viss personal i kommunen. I takt med att målgruppen äldre med stora vårdbehov ökade samtidigt som vårdtyngden för samma grupp ökade blev behovet av kompetensutveckling och möjlighet till kontinuerlig handledning från landstingets läkare allt mer uppenbar. Ett behov av att minska en oroande hög personalomsättning hos kommunens personal både i särskilda boenden och i hemsjukvården utgjorde en viktig del av de identifierade problemen¹⁶.

Kompass Äldre

Behov att lösa de ovan beskrivna problemen låg till grund för att kommun och landsting inrättade en gemensam styrgrupp, Kompass äldre (Kommun, Primärvård och Akademiska sjukhuset i samverkan för äldre), för att skapa lösningar som skulle öka tryggheten, dels för de äldre i behov av sjukvård, dels för kommunens personal i både hemsjukvård och särskilt boende¹⁷. Redan i förutsättningarna för styrgruppens arbete låg att långtgående samverkan var en förutsättning för att uppnå hög kvalitet och en optimering av båda huvudmännens resurser gällande äldrevården. Ett första förslag utvecklades vilket senare kom att ligga till grund för uppdraget att bilda en gemensam Hemvårdsenhet. I enlighet med detta förslag skulle bland annat en mer flexibel läkartillsyn skapas genom en utökning av den mobila verksamheten. Detta skulle öka läkarnas tillgänglighet och patienten skulle därmed kunna få vård i sitt boende, oavsett om detta var i ordinärt eller särskilt boende¹⁸.

Uppdrag att skapa Hemvårdsenheten

Som tidigare framgått av introduktionsavsnittet ställdes situationen på sin spets under våren 2005 då kommunen valde att säga upp det avtal mellan kommun och landsting som tidigare reglerat läkartillsynen i särskilda boenden som en direkt följd av de upplevda problemen med läkarnas tillgänglighet¹⁹. Detta innebar att Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i landstinget gav hälso- och sjukvårdsstaben, det vill säga landstingets tjänstemän, i uppdrag att i samarbete med de tre huvudaktörerna primärvården, Akademiska sjukhuset och Uppsala kommun utarbeta ett förslag till hur läkarinsatserna i särskilt och ordinärt boende skulle organiseras för gruppen multisjuka äldre över 65 år. I uppdraget angavs särskilt att målet var att skapa en sammanhållen organisatorisk enhet, Hemvårdsenheten, där alla läkarresurser för den aktuella målgruppen skulle samordnas. Enheten skulle ansvara för alla medicinska insatser för alla personer över 65 år i särskilt boende med stora behov av medicinska insatser och omvårdnad. Ansvaret gällde även vissa personer över 65 år i ordinärt boende. Verksamheten skulle implementeras i projektform under 2006 men förutsattes senare övergå i permanent form.

Nyckelordet i den nya organisationen var ”koordination” och enheten skulle innebära ökad effektivitet i äldrevården genom att de sammantagna resurserna koordinerades och därmed effektiviserades²¹. Den nya organisationen skulle enligt den idéskiss som låg till grund för

¹⁵ Intervju, tjänsteman, landstinget

¹⁶ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

¹⁷ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509; Intervju, tjänsteman, landstinget

¹⁸ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

¹⁹ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509; Intervju, tjänsteman, kommunen

²¹ Intervju, politiker, landstinget; Intervju, politiker, landstinget; Intervju tjänsteman, kommunen.

uppdraget fungera som en ”dirigent i vården”²² när det gällde de äldre patienterna. Samtliga resurser avsedda för den aktuella målgruppen skulle på detta sätt samordnas och därmed skapa ökad trygghet för den enskilde, både patienter och anhöriga, med god tillgänglighet och hög kontinuitet. Utöver att koordinera resurser skulle nya resurser i form av ny kompetens skapas genom kompetensutveckling. En uttalad ambition var också att erbjuda möjligheter för forskning för de personer som arbetade inom ramen för Hemvårdsenhetens verksamhet²³.

Målgruppen som avsågs var äldre multisjuka, vilken inledningsvis bedömdes omfatta ungefär 2000 personer, varav 1350 i särskilt boende och övriga i ordinärt boende. Successivt skulle dock verksamheten utvecklas med anledning av det ökande behovet av vårdinsatser. I beslutet gavs också direktiv gällande när den sammanhållna enheten skulle vara färdig att inleda sin verksamhet vilket skulle ske senast i början av 2006.²⁴

De resurser som skulle användas för att skapa den nya enheten skulle till övervägande del hämtas från primärvårdens verksamhet även om en del av resurserna till verksamhet också skulle tas från geriatriken på Akademiska sjukhuset. Till enheten skulle knytas resurser motsvarande nära tio heltidstjänster. De medel som skulle tas från primärvårdens verksamhet skulle frigöras genom inväxling av medel som primärvården fått avdelat dels för läkartillsynen i särskilda boenden²⁵, dels för mobil läkare. Utöver detta skulle enhetens verksamhet finansieras genom kapiteringsersättningen för de personer som listades i enheten. Verksamheten förmodades omsluta nära 15 miljoner kronor och enhetens verksamhet skulle samlokaliseras. På längre sikt var ambitionen att samverkan skulle bli mycket långtgående och innebar att all berörd personal, både från kommun och landsting, skulle ingå i en gemensam enhet och stå under gemensam ledning²⁶.

Primärvårdens förslag till organisation och ledning av läkarinsatserna²⁷

Uppdraget att bilda Hemvårdsenheten var mycket kontroversiellt hos primärvården i Uppsala som uppfattade förslaget som en orättfärdig kritik mot deras befintliga verksamhet²⁸. Särskild opposition väckte uppdraget i de delar som gällde finansieringen av den nya enheten. I samband med att uppdraget att skapa en sammanhållen hemvårdsenhet formulerades valde därför primärvårdens representanter att lägga ett eget motförslag. Man föreslog att samarbetet skulle fortsätta inom ramen för det tidigare systemet för läkarförsörjning, dock att samverkan mellan primärvården och kommunens särskilda boenden skulle förbättras bland annat genom ökad telefontillgänglighet och förbättrade rutiner för vårdplanering. Man ville i övrigt koncentrera förbättringsinsatserna till vissa utvalda vårdcentraler där problemen var uppenbara. Däremot ansågs den kommande sammanhållna organisationen slå sönder ett i stort redan väl fungerande system för läkarförsörjning till särskilda boenden genom att även etablerade och fungerande relationer mellan husläkare och särskilda boenden skulle avbrytas. När det gällde patienter i ordinärt boende föreslogs en utbyggnad av den mobila verksamheten i ordinärt boende både vad gällde akuta fall och planerade läkarinsatser.

²² Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

²³ Intervju, politiker, landstinget

²⁴ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

²⁵ Detta utgörs av det så kallade tilläggsåtagandet.

²⁶ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

²⁷ Underlagsdokument, Dnr HSS 2005 – 0042, landstinget, 20050509

²⁸ Observation, projektgrupp 20051024; Intervju, politiker, landstinget, Intervju, tjänsteman, landstinget; Intervju, tjänsteman, landstinget.

Primärvården föreslog att ovanstående skulle realiserats genom att det inom primärvården inrättades en områdesutvecklare för äldrevård. Områdesutvecklaren, som skulle vara en husläkare, skulle ha ett funktionellt ansvar för omhändertagande av äldre och eventuellt funktionshindrade samt säkerställa kvalitet, rutiner och samordning av insatser. Områdesutvecklaren skulle arbeta i nätverk och bilda så kallade äldreteam med olika kompetenser. Dessutom föreslogs att Akademiska sjukhuset skulle svara för konsultinsatser för att underlätta husläkarnas åtagande kring äldre och funktionshindrade.

4.2 Hösten 2005 - utvecklingsarbetet inleds

Trots primärvårdens protester påbörjades arbetet med att utveckla Hemvårdsenheten under hösten 2005. För det operativa utvecklingsarbetet skapades en projektgrupp för Hemvårdsenheten som påbörjade sitt arbete med ett sammanträde den 10 oktober 2005 och som sedan träffades med två till tre veckors mellanrum under hösten och med något längre mellanrum under våren 2006. I projektgruppen fanns representanter för de tre huvudaktörerna primärvården, kommunen och Akademiska sjukhuset. De båda primärvårdsrepresentanter (läkare) som tidigare ingått i den arbetsgrupp som formulerat uppdraget att bilda Hemvårdsenheten ingick i projektgruppen och en av de två läkarna fick också uppdraget att fungera som projektledare.

Implementeringsarbetet organiserades vidare genom att den grupp som formulerat uppdraget att bilda Hemvårdsenheten fortsatte sitt arbete, nu som styrgrupp i processen. Sammansättningen var i stort sett densamma som tidigare, dock med undantag för en av primärvårdsrepresentanterna som kom att ingå i den operativa projektgruppen. Projektledaren kom således att ingå både i projektgrupp och styrgrupp och kom därmed att utgöra den förmedlande länken mellan grupperna. Arbetet i projektgruppen avrapporterades kontinuerligt till styrgruppen vilket var den mest betydelsefulla och även stående punkten på styrgruppens agenda. Utöver detta diskuterades andra frågor med anknytning till bildandet av enheten.

Implementeringsarbetet präglas av att uppdraget är kontroversiellt och att primärvården, som en av tre huvudaktörer, har en klart avvikande uppfattning både när det gäller problemformulering och förslag till lösningsmodell. Detta innebär också att relationen mellan projektgrupp och styrgrupp under perioden är tämligen spänd. Styrgruppen driver att uppdraget skall realiserats såsom det är formulerat i uppdragsbeskrivningen samtidigt som primärvårdens representanter även under denna inledande fas fortsätter att referera till uppdraget som ett underkännande av primärvårdens befintliga arbete genom att de svåra patienterna plockas ut och "läggs någon annan stans", något som uttrycks mycket explicit²⁹.

Vid de observationer som gjorts vid projektgruppens möten framgår att representanterna för de olika huvudmännen också uppfattar uppdraget och uppdragsbeskrivningen på olika sätt och som bindande i olika hög grad. Primärvården hänvisar i flera diskussioner till sitt eget motförslag³⁰ och utgår i denna fas av projektgruppens arbete från att realiseringen av motförslaget är det lämpligaste sättet att lösa problemen inom äldrevården. Man söker också på olika sätt omförhandla uppdraget för att på detta sätt skydda primärvårdens befintliga verksamhet. Att uppdraget ses som ett led i en pågående förhandlingsprocess blir mycket tydligt då en av primärvårdens representanter menar att det ligger en bristande kostnadseffektivitet i att lägga ned alltför mycket tid och pengar på att utveckla

²⁹ Observation, styrgrupp, 20051201

³⁰ Observationer, projektgrupp, 20051024; 20051031; 20051128

Hemvårdsenheten om enheten inte skulle ”komma att bli av³¹”. I denna fas av utvecklingsarbetet söker primärvårdens, och i viss utsträckning Akademiska sjukhusets, representanter i projektgruppen, utrymme för att omdefiniera uppdraget. Inte minst gäller detta resurstilldelningen.

När det gäller kommunens representanter är det dock tydligt att uppdraget har en helt annan status som bindande och att dessa inte uppfattar att det finns utrymme för någon omförhandling alls. I de fall då primärvårdens motförslag diskuteras invänder kommunens representanter att det inte är meningsfullt att diskutera något annat än det givna uppdraget. Man betonar också att enhetens verksamhet kan komma att upphandlas från externa entreprenörer om gruppen misslyckas med sitt implementeringsarbete.

Operativt delar projektgruppen in sig i tio arbetsgrupper för att utarbeta förslag i frågor som bedöms som centrala för Hemvårdsenhetens arbete. Exempel på sådana arbetsuppgifter är att utarbeta förslag på vilka kriterier som ska gälla för att en patient skall kunna skrivas in i enhetens verksamhet och hur personalfrågor i vid mening skall lösas. En annan uppgift är att ta reda på förutsättningarna för olika tekniska lösningar gällande läkarnas mobilitet. Projektmedlemmarna gör således mycket arbete utanför projektgruppen vilket jag inte deltar i och där jag av naturliga skäl inte gör några observationer. Detta arbete inkluderas följaktligen inte heller i denna rapport. I projektgruppens diskussioner under perioden är det utöver dessa arbetsuppgifter tre teman som dominerar diskussionerna och där framför allt meningarna är delade mellan projektgruppens medlemmar. Dessa är:

- Finansiering av Hemvårdsenhetens verksamhet.
- Läkarnas arbetsförhållanden, särskilt tjänstgöringsgrad, och rekrytering av läkare till Hemvårdsenheten
- Rekrytering av chef till Hemvårdsenheten.

Första temat - Finansieringen av verksamheten

Resursdiskussionerna tar stor plats i framför allt projektgruppens arbete och förs i stundom förbittrade ordalag från primärvårdens sida. Man menar att den besvärliga situationen med i kommunens särskilda boenden inte skulle ha varit för handen om primärvården som helhet inte varit underfinansierad³². Även representanter för Akademiska sjukhuset instämmer, om dock inte lika engagerat, i denna uppfattning³³. Samtidigt menar primärvården att Hemvårdsenheten kommer att innebära en resursöverföring från primärvården till Akademiska sjukhuset. Sjukhuset förmodas komma att tjäna pengar på enhetens verksamhet och bör därför helt enkelt få vara med och betala³⁴. Kommunen uttrycker en annan uppfattning i denna fråga och menar att det snarare varit så att primärvården fått resurser och tilldelning för timmar och arbete som man inte lagt ned i särskilda boenden³⁵. Uppfattningarna om sakförhållanden i denna fråga går uppenbarligen brett isär.

Ett argument med stark legitimitet i diskussionerna är att inrättandet av Hemvårdsenheten innebär att pengar kommer att tas från vården och att uppdraget därmed innebär ett resursslöseri eftersom en del av de resurser som tas från primärvårdens verksamhet måste

³¹ Observation, 20051128

³² Observationer, projektgrupp, 20051024; 20051128

³³ Observation, projektgrupp 20051024

³⁴ Observation, projektgrupp, 20051024

³⁵ Observation, projektgrupp, 20051031

läggas på kringkostnader och administration³⁶. Detta definieras som en försämring av den totala kostnadseffektivitet och framförs som ett argument för att enheten överhuvudtaget inte bör implementeras.

Vid flera tillfällen aktualiseras behovet av att få ökad finansiering till enhetens verksamhet. Detta innebär att finansieringsproblematiken kommuniceras även i styrgruppen varefter en representant för styrgruppen deltar i ett av projektgruppens möten för att kommentera och diskutera resursfrågan. Representanten meddelar vid mötet att projektgruppen kan förvänta sig tillskott av finansiella resurser för de investeringar som måste göras i till exempel bilar och datorer. Detta positiva besked tas dock inte emot utan reservation. Primärvårdens representanter vill i detta läge veta varifrån dessa extra pengar kommer att hämtas. Man menar att om de tillkommande resurserna tas från någon annan del av primärvårdens budgetutrymme ”så är det ingen idé”³⁷. Vid nästa projektgruppsmöte, då kommunens representanter hänvisar till löftet om ytterligare resurser invänder primärvårdens representanter att löftet inte givits skriftligt och att man därför inte kan räkna med detta³⁸.

Resursdiskussionerna präglas också i viss utsträckning av att Hemvårdsenheten är en verksamhet som i första hand drivs och finansieras av landstinget och att kommunen kommer att stå för en betydligt mindre del av finansieringen. I en av diskussionerna där kommunen argumenterar för behovet av ytterligare finansiering av enhetens verksamhet möts detta av kommentaren att ”det är lätt att säga när man jobbar i kommunen men här är det landstinget som ska betala”³⁹. Den tyngdpunkt som verksamhetsmässigt och finansiellt ligger på landstinget innebär således att kommunens representanter får vissa problem att finna stöd för sina argument.

Andra temat - Läkarnas arbetsvillkor

Ett annat tema som har stor betydelse i utvecklingsarbetet är diskussionen om läkarnas arbetsvillkor där en traditionell spänning mellan husläkaren som generalist⁴⁰ eller som specialist blir tydlig. Arbetsvillkoren tar stor plats både i arbetet i styrgruppen och i projektgruppen. Den fråga som väcker störst engagemang är i vilken utsträckning de läkare som kommer att arbeta i Hemvårdsenheten förväntas arbeta heltid/minst halvtid, vilket är ett bestämt krav från styrgruppen, eller om man kan förvänta sig att det räcker med en arbetstid motsvarande 20-30 % vilket hävdas av primärvården.

Som argument för båda ståndpunkterna framförs krav på kvalitet i form av kontinuitet. Begreppet kontinuitet tolkas på helt olika sätt beroende på ståndpunkt i arbetstidsfrågan samtidigt som detta etablerade mått på kvalitet blir ett nyckelbegrepp i diskussionerna. Styrgruppen menar att det handlar om att verksamheten skall ha en viss kontinuitet och att de läkare som arbetar på Hemvårdsenheten kommer att upparbeta en särskild kompetens när det gäller målgruppen äldre med multipla diagnoser, således att utveckla en specialiserad kunskap mot äldre vård. Läkarna från primärvården menar att kravet på minst halvtids tjänstgöring inom Hemvårdsenheten kommer att innebära att ”folk inte är så entusiastiska att jobba i det här systemet”⁴¹ och att en optimering av kompetensen uppnås om man fördelar sitt arbete

³⁶ Observation, projektgrupp, 20051024;

³⁷ Observation, projektgrupp, 20051128

³⁸ Observation, projektgrupp, 20051212

³⁹ Observation, projektgrupp, 20051128

⁴⁰ Med generalist avses i denna framställning en person som innehar specialistkompetens i allmänmedicin

⁴¹ Observation, projektgrupp, 20051128

mellan olika patientkategorier. Från primärvårdens sida prioriteras således primärvårdsläkaren som generalist. Primärvården ifrågasätter också styrgruppens prioriteringar genom att ställa frågan på sin spets – ”vilket är viktigast, att man jobbar en viss tid eller att man har en viss kompetens”⁴².

De aktörer som redan är specialiserade mot vård av äldre, det vill säga geriatrikerna vid Akademiska sjukhuset, är dock positiva till modellen med en arbetstid motsvarande heltid eller minst halvtid och är beredda att pröva anställning vid enheten enligt de givna villkoren⁴³. Inom geriatriken finns det enligt en rundfrågning läkare som är intresserade av att jobba halvtid eller heltid dock med en reservation. Man vill ha tjänstledigt från sina ordinarie tjänster och kunna gå tillbaka till dessa om verksamheten inom Hemvårdsenheten inte uppfyller förväntningarna. Ett ytterligare krav är att läkarna skall kunna delta i geriatrikens fortbildning och liknande⁴⁴.

En annan nyckelfråga inom detta tema är hur rekryteringen av läkare till Hemvårdsenheten ska genomföras. I projektgruppen framförs det i oktober⁴⁵ att det är viktigt att ge läkare inom primärvården och geriatriken incitament att söka de aktuella tjänsterna på Hemvårdsenheten och man konstaterar att det vore lämpligt att gå ut med en internannons i december. Man vill också lösa detta genom att befintliga husläkare kontaktar projektledaren för att skriva upp sig på en intern lista över vilka som visat intresse för de nya arbetsuppgifterna. Denna lösningsmodell accepteras dock inte av styrgruppen som vid ett styrgruppsmöte i december klargör att läkartjänsterna i Hemvårdsenheten skall externrekryteras. Detta kan komma att innebära att jobb försvinner från primärvården och att personer behöver sägas upp⁴⁶. Styrgruppen ger projektledaren i uppdrag att till personalen i primärvården kommunicera en uppmaning att ”anta budet”. Till denna uppmaning skall också fogas ett klargörande att kravet på läkare i Hemvårdsenheten är att man arbetar minst halvtid. Resonemanget som förs i styrgrupp och senare redovisas i projektgruppen kritiserar dock av samtliga läkare oavsett organisatorisk tillhörighet. Läkarnas argument är att det är orimligt att läkare ska få gå från sina tjänster, särskilt om dessa arbetat under en längre period, och att externannonseringen kan komma att innebära att läkare från Uppsala blir arbetslösa under det att läkare från andra landsting rekryteras till den nya enheten⁴⁷.

Tredje temat - chefsfrågan

Rekrytering av chef till enheten är en fråga som naturligen tar stor plats i arbetet under hösten eftersom tidsramarna för rekryteringen är knappa. Vid denna tidpunkt är den uttalade planen att verksamheten inom Hemvårdsenheten skall komma igång senast vid halvårsskiftet 2006. I samband med rekryteringen av chef diskuteras om det är tänkbart för någon annan än en läkare att komma ifråga för uppdraget som chef för Hemvårdsenheten. Frågan aktualiseras av en av projektgruppens sjuksköterskor men argumenten mot denna lösning är starka och utgår från spänningen mellan de två professionerna läkare och sjuksköterskor. Från primärvården framhålls att bara en läkare kan vara medicinskt ansvarig varför ingen annan yrkeskategori kan komma ifråga. Dessutom framförs argumentet att chefsuppdraget i sig är en halvtid och att det är svårt att hitta uppdrag för chefen under resterande tid om denna inte är läkare och

⁴² Observation, projektgrupp, 20051031

⁴³ Observation, projektgrupp, 20051031

⁴⁴ Observation, projektgrupp, 20051031

⁴⁵ Observation, projektgrupp, 20051031

⁴⁶ Observation, styrgrupp, 20051201

⁴⁷ Observation, styrgrupp, 20051201; Observation, projektgrupp, 20051212

därmed kan fungera i enhetens ordinarie verksamhet⁴⁸. Ett annat argument som framförs är att läkare helt enkelt inte vill ha en sjuksköterska som chef⁴⁹.

Alla är initialt av uppfattningen att verksamhetens chef bör rekryteras externt. Från styrgruppen uttrycks oro för att verksamhetschefen annars skulle känna sig alltför bunden av tidigare lojaliteter:

”Det ligger i uppdraget att ha en viss distans till de invanda mönstren. Det ligger i rollen att verka för förändring och inte att vara bästa vän med alla som jobbar där. Där tror jag att vi har en annan kultur i läkarkåren än vad ledarrollen normalt ska bestå av. Här är det väldigt mycket skrälet som ska acceptera ledaren”⁵⁰.

Från kommunen framhålls också att det i förändringsprocesser är önskvärt att den person som ska leda verksamheten inte är fast i lojaliteter till den gamla organisationen⁵¹. Ingen av de personer som representerat primärvården i utvecklingsarbetet visar intresse för jobbet som verksamhetschef och ingen av dessa söker heller tjänsten efter att denna har lyst ut externt, något som beskrivs som ett uttryck för ren självbevarelsedrift:

Det är alltför stora förväntningar på detta. Då är det bättre att komma utifrån. Det finns en påtaglig risk i att engagera sig för det här. Huvudet kan sitta löst om det misslyckas. Det är mycket prestige i det här projektet.⁵²

Slutligen visar det sig att endast tre personer söker chefsjobbet varav en av dessa bedöms som särskilt intressant. Denna person drar dock slutligen tillbaka sin ansökan. I datamaterialet återfinns olika uppfattningar om anledningen till detta återtagande. I intervjumaterialet säger flera respondenter att återtagandet görs beroende på familjeskäl. På styrgruppsmöte i januari 2006 sägs att den sökande, i samband med kontakter med läkare, fått uppfattningen att det skulle komma att bli svårigheter att bemanna enhetens verksamhet⁵³ vilket varit avgörande för att ansökan dragits tillbaka. Då Hemvårdsenheten vid början av 2006 står utan verksamhetschef görs ingen ny rekrytering utan projektledaren tillfrågas om att övergå som verksamhetschef vilket också blir fallet.

4.3 Våren 2006 – Implementering i två steg.

Under våren 2006 går implementeringsarbetet in i en andra fas där projektgruppens arbete blir mer konkretiserat och inriktat på att skapa en enhet som skall starta sin verksamhet innan sommaren. Hemvårdsenheten övergår också i denna fas från att vara ett projekt till att bli en del av den ordinarie verksamheten inom primärvården. Arbetsgruppernas arbete går in i en intensiv fas inför den kommande starten och avrapportering av dessa gruppers arbete är en viktig del av det arbete som bedrivs i projektgruppen. I övrigt är det två centrala teman som dominerar diskussionerna i gruppen – att implementeringen skall göras i en tvåstegsmodell och att enheten skall införlivas i primärvårdens ordinarie verksamhet och därmed inom primärvårdens ekonomiska styrsystem.

⁴⁸ Observation, projektgrupp, 20051024

⁴⁹ Observation, styrgrupp, 20051201

⁵⁰ Intervju, tjänsteman, landstinget

⁵¹ Intervju, tjänsteman, kommunen

⁵² Observation, styrgrupp, 20051201

⁵³ Observation, styrgrupp, 20060123

Första temat - Tvåstegsmodellen

Projektgruppen formulerar under januari ett förslag till införandeprocess⁵⁴ som innebär att verksamheten skall implementeras i två steg. Det första steget som ska realiseras under våren innebär att verksamheten startar i de delar som avser läkarförsörjningen till multisjuka i ordinärt boende. Dessa läkare skall enligt förslaget börja arbeta före sommaren och man skall även under våren ha utvecklat samarbetsformer med kommunens hemsjukvård och med akutsjukvården.

När det gäller särskilda boenden innebär förslaget att man skjuter på införlivandet av dessa boenden till hösten 2006 med anledning av de risker som är förknippade med att förändra läkartillsynen i de särskilda boendena i direkt anslutning till sommaren. Man menar att man inte ”har säkra garantier för att få tag i de läkare som behövs på så kort tid”⁵⁵. Enligt förslaget skall dock läkare till återstående tjänster rekryteras under hösten.

Styrgruppen har inga invändningar mot förslaget och ett formellt beslut om tvåstegsmodellen tas i Hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 26 april⁵⁶. I enlighet med beslutet skall steg två vara genomfört senast april 2007. Företrädare för Akademiska sjukhuset uttrycker i styrgruppen förståelse för att tidsramarna för läkarrekrytering av tio läkare är för små och att en sådan rekrytering tar minst ett halvår i anspråk. Det är med andra ord enighet om tvåstegsmodellen. I projektgruppen konstaterar en av primärvårdens representanter att förslaget till tvåstegsmodell är ”nästan exakt” som det motförslag som primärvården lade då uppdraget att inrätta Hemvårdsenheten formulerades⁵⁷ och man menar att ”två förslag nu blivit ett”⁵⁸.

Om det råder enighet mellan styrgrupp och projektgrupp om tvåstegsmodellen så är detta inte fallet när det gäller frågan om läkarnas tjänstgöringsgrad som fortfarande är ett genomgående tema i diskussionerna. Styrgruppen, inklusive företrädare för Akademiska sjukhuset, driver att läkarnas tjänstgöringsgrad bör vara halvtid eller högre, inte minst för att kunna möta de krav på större insatser man står inför då behovet av äldrevård växer. Primärvårdens representanter fortsätter dock att hävda generalistrollen och menar att kompetensen ökar genom att man som läkare gör olika saker inom ramen för sin tjänstgöring. Under våren påbörjas rekrytering av läkare till enheten och två läkare anställs för att arbeta med hemsjukvård.

En diskussion som också förs under våren är vilka specifika kompetenser som ska finnas inom ramen för Hemvårdsenhetens verksamhet. Representanter för kommunen och Akademiska sjukhuset efterfrågar vid olika tillfällen kompetenser som Hemvårdsenheten ställer sig tveksamma till om de kommer att ha. Ett konkret exempel är smärtpumpar⁵⁹, ett annat gäller intravenös antibiotika⁶⁰.

Andra temat - Hemvårdsenheten inom primärvårdens ekonomiska styrsystem

De tidigare upprädda diskussionerna om finansieringen av Hemvårdsenheten ersätts under denna period av arbetet med att konkret införliva enheten i primärvårdens verksamhet. Diskussionerna runt denna process är betydligt mindre kontroversiella. Då en av primärvårdens ekonomer besöker projektgruppen diskuteras vad ”en prestation” är i

⁵⁴ Internt dokument, ”Införandeprocessen Hemvårdsenheten för Äldre”, 20060118

⁵⁵ Internt dokument, ”Införandeprocessen Hemvårdsenheten för Äldre”, 20060118

⁵⁶ Föredragningspromemoria, Dnr HSS 2004 – 0042, 20060424

⁵⁷ Observation, projektgrupp, 20060306

⁵⁸ Observation, projektgrupp, 20060306

⁵⁹ Intervju, tjänsteman, kommunen

⁶⁰ Observation, styrgrupp, 20060622

Hemvårdsenhetens verksamhet och i vilken utsträckning man kan använda samma styrsystem som finns för vårdcentralerna. I praktiken kommer detta också att bli fallet, inte med anledning av att systemet lämpar sig för enhetens verksamhet utan då man vill vänta med att utveckla en egen modell för verksamheten innan den pågått under en tid⁶¹.

Perioden avslutas med att verksamheten vid Hemvårdsenheten påbörjas i september 2006 i enlighet med steg ett i tvåstegsmodellen.

4.4 Januari 2007 – Uppdraget omdefinieras i ett nytt projekt⁶²

Det andra steg som skisserades i den ovan beskrivna tvåstegsmodellen kom i praktiken aldrig att genomföras. Den verksamhet som etablerades under hösten 2006 kom istället endast att omfatta läkartillsynen för patienter i ordinärt boende, således modellens första steg. Ett önskemål från Hemvårdsenhetens personal, med stöd av primärvårdens ledning, är att denna modell permanentas, vilket förslag också framläggs för Hälso- och sjukvårdsstyrelsen. I beslut den 29 januari 2007, fattat av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i landstinget, omdefinieras sedermera införandeprocessens andra steg. Hemvårdsenheten ges därmed möjlighet att under ett år prova en lösning som innebär att den läkartillsyn som gäller särskilda boenden utgår från vårdcentralerna, således den lösning som primärvårdens representanter tidigare förespråkade. Argumentet är att det finns vinster med att utnyttja den geografiska närheten till läkare på en närliggande vårdcentral och att den sammanhållna organisationen som skisserats i det ursprungliga uppdraget innebär ökade restider. Man menar också att denna sammanhållna organisatoriska enhet skulle innebära ökad sårbarhet gällande läkartillsynen då en läkare skall ansvara för flera särskilda boenden samtidigt, något som kan bli ett problem i samband med semester och liknande frånvaro. Detta försök ska sedan utvärderas under våren 2008 vilket är det beslut som politikerna står inför i nuläget.

En mycket schematisk beskrivning av Hemvårdsenhetens verksamhet i januari 2007 ger vid handen att:

- Hemvårdsenheten har genomfört steg ett i den införandeprocess som tidigare diskuterats vilket i första hand gäller patientgruppen multisykta i ordinärt boende. För de patienter som är inskrivna i enheten är patientansvarig läkare en av de anställda läkarna inom Hemvårdsenheten. Man har också möjligheter att stötta särskilda boenden med akuta hembesök dagtid och kan delta vid komplicerade vårdplaneringar i samband med utskrivning från slutenvården. Enheten har vid denna tidpunkt fyra läkare och är inne i en rekryteringsprocess av ytterligare en läkare. Personellt har enheten utöver dessa läkare en verksamhetschef som också är läkare, en samordningssjuksköterska anställd av Uppsala kommun och en läkarsekreterare. En apotekarresurs finns också tillgänglig för arbete med läkemedelsgenomgångar.
- När det gäller verksamheten i särskilda boenden utgår försöksverksamheten således från en prioritering av närhetsprincipen vilket innebär att läkarförsörjningen utgår från vårdcentralerna. Detta överensstämmer med det system som tillämpats tidigare. Personal på Hemvårdsenheten har fortlöpande utarbetat regler och rutiner som gäller relationen mellan primärvården och kommunernas särskilda boenden. Dessa rutiner

⁶¹ Observation, projektgrupp, 20060306

⁶² Föredragningspromemoria, Dnr HSS 2006-0061, 20070129

involverar bland annat att personal på vårdcentralerna är skyldiga att vara tillgängliga för telefonrådgivning och akuta läkarbesök, oavsett om den boendeansvariga läkaren är tillgänglig eller ej. Man har också utarbetat informationsblad som skall lämnas till patienter på särskilt boende⁶³ samt utarbetat ett blankettsystem, till exempel faxblanketter, för att underlätta och rutinisera kommunikationen mellan vårdcentral och särskilt boende.

4.5 Sammanfattande diskussion

Av ovanstående framgår att processen präglats av motsättningar och spänningar, dels mellan olika aktörsgrupper, dels mellan styrgrupp och projektgrupp. Samtidigt kan konstateras att det ursprungliga uppdraget i väsentliga delar förändrats och att den verksamhet som implementerats under processen har stora likheter med det motförslag som ursprungligen formulerades av primärvården. Politiker och tjänstemän har således, trots omtalad politisk enighet både inom och mellan huvudmännen, inte lyckats implementera enheten enligt det uppdrag som formulerats. Styrningseffektiviteten i processen har med andra ord varit låg.

Den låga styrningseffektiviteten kan förklaras utifrån den teoretiska diskussion om konflikten mellan professionellt ansvar och politiskt ansvar/tjänstemannaansvar som skisserades i avsnitt två. Implementeringen präglas av att aktörsgrupperna har kontroll över olika typer av *resurser* som är av mycket stor betydelse för implementeringen av Hemvårdsenheten. Politiker och tjänstemän har, utifrån ett legalt och hierarkiskt perspektiv, kontroll över de finansiella resurserna och har ett givet mandat att bestämma över resurstilldelning och omfördelning av resurser. Primärvårdens läkare, den professionella grupp som i första hand stått för motståndet mot det ursprungliga uppdraget, har ett implicit mandat att kontrollera resursen professionell kompetens genom den autonomi som den medicinska professionen åtnjuter vad avser medicinska bedömningar. Denna kontroll över det professionella området har inom ramen för implementeringsprocessen kommit att utökas till att även gälla frågan om hur vården av den växande gruppen äldre med komplexa vårdbehov skall organiseras i framtiden. Rätten, men också skyldigheten, att organisera sjukvården faller normalt inom ramen för det politiska ansvaret och tjänstemannaansvaret. Då dessa aktörsgrupper inte förmått genomföra det ursprungliga uppdraget har professionen utökat sin domän och därmed också sin autonomi.

När det gäller kommunens position och möjlighet att agera inom ramen för implementeringsprocessen har framgått att kommunens handlingsutrymme i viss utsträckning begränsats av att detta är en verksamhet som domineras av landstinget, inte minst när det gäller tillförsel av finansiella resurser. Att så är fallet blir särskilt tydligt då kommunens företrädare påtalar behovet av tillskott av ytterligare resurser för att finansiera verksamheten. Detta indikerar att styrningseffektiviteten kunnat vara högre om projektet, och sedermera verksamheten, Hemvårdsenheten i större utsträckning uppfattats som balanserat mellan sjukvårdshuvudmännen.

Förflyttningen av delar av organisationsrätten från politiker och tjänstemän till de professionella aktörerna kan också förklaras av läkarprofessionens höga *legitimitet* och därmed svårigheter för andra aktörsgrupper att argumentera för det ursprungliga uppdraget. Av diskussionerna ovan kan också utläsas att vissa argument med påtagligt hög legitimitet hos alla aktörsgrupper används för att argumentera för diametralt olika ståndpunkter. Två tydliga

⁶³ Intervjuer, personal på Hemvårdsenheten samt personal på särskilda boenden

exempel är argumentet ”betydelsen av kostnadseffektivitet” och ”krav på kvalitet i form av kontinuitet”. Kostnadseffektivitetsargumentet används för att argumentera både för och emot Hemvårdsenhetens existens under det att kvalitetsargumentet används för att argumentera för båda lösningarna gällande läkarnas arbetstid. När det gäller kostnadseffektiviteten är det också värt att notera att primärvården här tagit på sig den roll som politiker och tjänstemän vanligen har, nämligen att skydda de finansiella resurserna.

Betydelsen av professionstillhörighet och läkarprofessionens höga legitimitet framkommer också då läkarnas agerande kan förklaras som en konsekvens av lojalitet med kollegor inom den egna professionen. Särskilt tydligt blir detta då kraven på arbetsvillkor riskerar att göra läkare anställda i det egna landstinget arbetslösa. Det professionella ansvaret kan därför differentieras i dels professionellt ansvar i förhållande till patient och brukare, dels ansvar för professionen, vilket här definieras som ansvar gentemot den egna professionella gruppen. Samtidigt är det av intresse att notera den spänning mellan läkaren som generalist och läkaren som specialist som präglat implementeringsprocessen. Utifrån de diskussioner som förts under processen framgår att primärvårdens läkare ser möjligheterna att arbeta med olika saker och att inte specialisera sig på vård av äldre är en förutsättning för att upprätthålla och stärka sin generalistkompetens. Detta är ett sätt att försvara sin professionella domän också i förhållande till läkare som arbetar inom slutenvården, i det här fallet Akademiska sjukhuset, där läkarna är specialiserade.

När det gäller krav på att begrepp och kategorier som används inom styrningen skall *förstås* och *kunna kommuniceras* av alla aktörsgupper har framställningen ovan visat på vissa komplikationer kopplade till olika förståelse av centrala förutsättningar i processen. Ett intressant exempel på detta är de olika uppfattningarna om vilken status det ursprungliga uppdraget har. Då primärvårdens representanter uppfattar detta som en del i en pågående förhandlingsprocess under det att kommunens representanter ser detta som resultatet av en redan avslutad förhandling kommer dessa olika uppfattningar att präglade processen under dess första fas.

Slutligen kan noteras att det förekommer förhållandevis få diskussioner om patienternas och brukarnas ställning i de två arbetsgrupperna. Detta förklaras dock sannolikt av att sådana diskussioner i stor utsträckning förs i de olika underarbetsgrupperna som konstruerats inom ramen för projektgruppen.

5. Effektivitet i implementering och verksamhet

Vid initiering av förändringsprocesser är ökad effektivitet alltid en viktig målsättning. Samtidigt som ”ökad effektivitet” är ett av de resultat som är mest eftersträvansvärt och förknippat med särskilt hög legitimitet så är det också mycket svårdefinierat, särskilt i de verksamheter som återfinns inom sjukvård och omsorg. I detta avsnitt diskuteras inledningsvis hur olika aktörgrupper uppfattar effektiviteten i den omdefinierade verksamhet som bedrivs inom ramen för Hemvårdsenheten under sommaren och tidig höst 2007 då intervjuerna genomförs. Därefter diskuteras förändringsprocessen utifrån ett styrningsperspektiv, således definierad som effektiviteten i implementeringen av enheten. Framställningen bygger i denna del uteslutande på intervjumaterial.

5.1 Effektivitet i Hemvårdsenhetens verksamhet

Sammantaget indikerar intervjumaterialet att effektivitetsvinster har gjorts med anledning av den verksamhet som idag bedrivs vid Hemvårdsenheten. Dock har det inte varit möjligt att undersöka om enhetens verksamhet har inneburit några vinster i form av ökad kostnadseffektivitet. I första hand är detta ett resultat av att varken resurstilldelningssystemet eller det ekonomiska uppföljningssystemet har varit utformat efter enhetens verksamhet. Enhetens finansiella resurser tilldelas idag (hösten 2007) enligt samma principer som vårdcentralerna inom primärvården vilket enligt samstämmiga uppgifter är ett tilldelningssystem som illa rymmer verksamhetens art⁶⁴. Särskilt gäller detta den rörliga ersättningen som ger ersättning per besök under det att de mål som ska uppnås genom Hemvårdsenhetens verksamhet utgår från den trygghet som skapas av att läkare kan besöka patienter i deras hemmiljö, något som i sig ställer högre krav på tidsåtgång och engagemang per besök. Att utveckla en ekonomisk styrmodell som utgår från den verksamhet som bedrivs i Hemvårdsenheten beskrivs som mycket angeläget. Flera intervjurespondenter uttrycker också en önskan om att det utvecklas ett styr- och uppföljningssystem som är utvecklat för att följa upp verksamheter i samverkan mellan kommun och landsting vilket skulle kunna användas för uppföljning av den totala kostnadseffektiviteten i verksamheter i samverkan⁶⁵.

Intervjumaterialet visar entydigt att Hemvårdsenhetens verksamhet inneburit effektivitet i form av ökad trygghet för de patienter som är inskrivna i Hemvårdens verksamhet, således patienter i *ordinärt boende*⁶⁶. Detta gäller både i förhållande till patienter/anhöriga och till kommunens personal⁶⁷. Verksamheten har i denna del fyllt ett behov i en organisation som tidigare präglades av stora brister i detta avseende. Samtidigt framställs det faktum att antalet patienter som skrivits in i verksamheten är färre än den volym som planerades som ett problem⁶⁸. Ytterligare ett problem för enheten består i att patienter remitterats ”för sent” till enheten. Detta innebär i praktiken att mycket resurser läggs ned på utredning och inskrivning av patienten som sedan avlider inom en kort tid⁶⁹.

⁶⁴ Intervju, tjänsteman, primärvården; Intervju, tjänsteman, primärvården;

⁶⁵ Intervju politiker, landstinget; Intervju, tjänsteman, landstinget; Intervju, tjänsteman, kommunen

⁶⁶ Intervju, distriktssköterska, hemsjukvården; Intervju, tjänsteman, kommunen; Intervju, tjänsteman, kommunen

⁶⁷ Intervju, distriktssköterska, hemsjukvården.

⁶⁸ Intervju, tjänsteman, kommunen; Intervju, tjänsteman, kommunen; Intervju, läkare, Akademiska sjukhuset

⁶⁹ Intervju, läkare, primärvården; Intervju, läkare, primärvården

När det gäller effektivitet för personal i kommunens *särskilda boenden* framhåller respondenterna att relationen mellan primärvård och kommun förbättrats genom de blankettsystem och de rutiner som utarbetats inom enheten. Att systemet är enhetligt och lika för alla framhålls som betydelsefullt och det finns också uttalanden som innebär att de särskilda boendena uppfattar sig ha lite ”mer pondus”⁷⁰ än tidigare i förhållande till läkarna. Tryggheten har också ökat i ett annat avseende och det är att de utarbetade rutinerna för kommunikation mellan vårdcentralerna och särskilda boendena ger personalen på boendet möjlighet att dokumentera vad man gör. En av kommunens distriktssköterskor i särskilt boende uttalar sig enligt följande:

”Men jag tycker att utarbetningen av faxblanketterna har gjort att det har blivit lättare. Till exempel händer det ganska ofta att jag har faxat till husläkaren och sagt att jag vill ha journalanteckningar och sedan har jag inte fått det. Men då faxar jag ett annat papper och skriver ”faxat andra gången” och sedan tredje gången, fjärde gången och femte gången. Och då har jag liksom papper på vad jag har gjort – jag har dokumenterat vad jag har gjort”⁷¹.

Uttalandet visar att ordningen har blivit bättre eftersom man vet man ska göra när det inte fungerar samtidigt som det indikerar personal på kommunens särskilda boenden fortfarande kan ha stora problem med att få kontakt med läkaren. I denna del består dock den ökade effektiviteten i att kommunens personal inte kan ställas till svars för bristande handläggning.

Av intervjuerna med verksamhetsföreträdare i kommunens särskilda boenden framkommer också att Hemvårdsenheten kommit att fungera som en förmedlande länk mellan de särskilda boendena och Akademiska sjukhuset där relationerna ibland beskrivs som ansträngda. Intervjurespondenten beskriver en konkret situation då ett rent missförstånd mellan personal på det särskilda boendet och personal på en av sjukhusets vårdavdelningar klarats upp genom Hemvårdsenhetens försorg. Personal från vårdavdelningen kontaktade Hemvårdsenheten för att de i sin tur skulle kontakta personalen på det särskilda boendet och klargöra vad som egentligen avhandlats i ett tidigare telefonsamtal.

Och då blir Hemvårdsenheten en neutral part som har tänkt igenom varje moment. Det är lättare för Hemvårdsenheten att prata med Ackis för de hör båda till landstinget. Hemvårdsenheten står säkert på Ackis sida men på vår sida också. Man har en känsla av att Hemvårdsenheten ställer upp på vår sida men inte mot någon och att de har insikt i hur det fungerar egentligen⁷².

Då intervjurespondenterna ombeds att jämföra den nuvarande organisationen med den sammanhållna organisatoriska enhet som ursprungligen skisserades framkommer flera olika argument för att skapa den sammanhållna enhet som fanns i ursprungsförslaget.

- Respondenten beskriver Hemvårdsenheten som ett sätt att skapa ökad medvetenhet och förståelse för att det är fråga om hemvård även när det gäller patienter på vårdboenden. Även om patienten bor på ett särskilt boende så ”bor man fortfarande hemma med eget hyreskontrakt och sin egen lägenhet”⁷³. Om läkaren är anställd på Hemvårdsenheten så menar respondenten att det är lättare att förstå begreppet

⁷⁰ Intervju, distriktssköterska, särskilt boende

⁷¹ Intervju, distriktssköterska, särskilt boende

⁷² Intervju, distriktssköterska, särskilt boende

⁷³ Intervju, enhetschef 1, särskilt boende

”hemvård” vilket är en del av den kommunala kulturen men inte landstingskulturen som traditionellt betonar sjukvård.

- Hemvårdsenheten som sammanhållen organisation minskar sårbarheten eftersom man på detta sätt får kontakt med fler läkare och inte blir lika beroende av en enskild person⁷⁴.
- Med tanke på den ökade belastning som äldrevården kommer att utsättas för så kommer man att behöva läkare som har speciell kompetens om åldrandet⁷⁵.
- En av intervjurespondenterna efterfrågar kompetensutveckling för annan personal än läkarna inom äldrevården vilket var ett av Hemvårdsenhetens ursprungsuppdrag. En konkret önskan är att öka kunskapen hos flera personalkategorier om åldrandet som en naturlig process⁷⁶.

5.2 Effektivitet i implementeringen av Hemvårdsenheten

När det gäller effektiviteten i implementeringsprocessen visar intervjumaterialet på ett uttalat missnöje från i första hand politiker och tjänstemän när det gäller omdefinieringar av uppdraget och förseningar i implementeringen av enhetens verksamhet. Flera respondenter uttrycker missnöje med det beslut som togs av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 29 januari 2007 då den så kallade tvåstegsmodellen permanentades. Intervjurespondenter ur aktörsgруппerna politiker och tjänstemän uttrycker så gott som samstämmigt att man i det läget uppfattade sig stå inför en situation där det i praktiken saknades valmöjligheter. En av kommunens tjänstemän uttrycker följande:

Men hade Hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte givit dem den friheten så hade det förmodligen blivit stopp i hela maskineriet och därför ställde vi oss bakom den här försöksperioden nu på vad det nu blev med ett år eller så. Då man ska utvärdera den här verksamheten. För vi är alltså väldigt beroende av att det finns läkare ute i framför allt ordinärt boende nu⁷⁷.

Även politiker inom landstinget som deltagit i beslutet uttrycker stor tveksamhet och menar att man ”backade hem en hel del för att överhuvudtaget få igång det hela”⁷⁸. Ett av huvudproblemen uppges ha varit att projektet, och sedermera verksamheten, organisatoriskt placerades inom primärvården. En placering antingen inom Akademiska sjukhuset eller som en fristående enhet menar respondenten skulle ha underlättat implementeringen⁷⁹. Processen ger också en av kommunens tjänstemän anledning att ifrågasätta landstingets styrning av verksamheten och definierar en skillnad i kulturer mellan de två organisationerna.

Här är det en väsentlig kulturskillnad mellan en kommun och ett landsting därför att vi skulle aldrig drömma om att inte verkställa ett politiskt beslut. Jag menar vi är bara till för

⁷⁴ Intervju, enhetschef 1, särskilt boende

⁷⁵ Intervju, distriktssköterska, särskilt boende; Intervju, enhetschef 2, särskilt boende

⁷⁶ Intervju, enhetschef 1, särskilt boende

⁷⁷ Intervju, tjänsteman, kommunen

⁷⁸ Intervju, politiker, landstinget

⁷⁹ Intervju, politiker, landstinget

det, vi är inte till för något annat. Men det finns en slags kultur på landstingssidan som jag har svårt att ta till mig⁸⁰.

Från kommunen ifrågasätts också om den förbättring som Hemvårdsenhetens verksamhet inneburit i särskilda boenden är temporär och att problemen med bristande läkarförsörjning riskerar att upprepas då förhållanden stabiliserats och den pågående försöksverksamheten blir permanent⁸¹. Ett behov av att kraftigare kunna styra förändringsprocesser, genom till exempel kontrakt som kontinuerligt utvärderas, framförs som ett önskemål av flera respondenter⁸².

När det gäller det faktum att processen dragit ut på tiden kritiseras detta både av tjänstemän och av företrädare för Akademiska sjukhuset. Från sjukhusets sida efterlyses mer kraft i implementeringsprocessen vilket respondenten menar överhuvudtaget skulle öka primärvårdens förtroende hos politikerna⁸³.

5.3 Sammanfattande diskussion

Sammanfattningsvis kan konstateras att den låga styrningseffektivitet som präglat processen har intressanta implikationer av relevans för relationen mellan de två sjukvårdshuvudmännen. Förtroende mellan aktörer är en nyckelfaktor i interorganisatoriska relationer och bygger i hög grad på att handlingar och beslut uppfattas som legitima och möjliga att förstå för båda aktörerna. Landstingets dokumenterade problem att genomföra uppdraget i enlighet med de intentioner man gemensamt beslutat om kan inverka i negativ riktning på detta förtroende. Att kommunen uppfattar att den låga styrningseffektiviteten förklaras av kulturskillnader mellan kommun och landsting indikerar också att kommunens företrädare i studien inte uppfattar att denna implementeringsprocess är en engångsföreteelse. Den kritik som riktas mot landstinget måste dock beaktas utifrån att läkarprofessionen är en etablerat stark profession som präglas av ett uttalat kunskapsövertag och hög autonomi. Ingen profession med samma styrka finns inom ramen för den kommunala verksamheten vilket följaktligen innebär att kommunens politiker och tjänstemän inte i någon situation möter samma typ av professionellt baserat motstånd.

⁸⁰ Intervju, tjänsteman, kommunen

⁸¹ Intervju, tjänsteman, kommunen

⁸² Intervju, tjänsteman 1, kommunen; Intervju, tjänsteman 2, kommunen; Intervju, politiker, landstinget; Intervju, läkare, Akademiska sjukhuset

⁸³ Intervju, läkare, Akademiska sjukhuset

6. Slutsatser och avslutande reflektioner

En snabb rekapitulation av det politiska uppdrag som denna studie fokuserar runt ger vid handen att uppdraget, som formulerades under våren 2005, innebar att de två sjukvårdshuvudmännen Uppsala kommun och landstinget i Uppsala län, i samverkan skulle inrätta en sammanhållen organisatorisk enhet - Hemvårdsenheten – för att lösa vårdbehovet för multisjuka patienter över 65 år. Redan i studiens inledning konstaterades dock att den verksamhet som bedrivs vid Hemvårdsenheten idag, nära tre år senare, till stora delar avviker från det uppdrag som en gång gavs till projektgrupp och styrgrupp men att det däremot i avgörande delar överensstämmer med det primärvårdens motförslag som framlades i den fas då det ursprungliga uppdraget formulerades. Ett annat konstaterande är att denna, i tid och arbetsinsats, omfattande förändringsprocess lett till tämligen begränsade förändringar av det samlade omhändertagandet av äldre med komplexa vårdbehov. Det finns anledning att avslutningsvis reflektera över orsakerna till detta.

6.1 Konflikterande ansvar i förändringsprocesser

Genom att betrakta det beskrivna förloppet som möten och kollisioner mellan företrädesvis tre olika typer av ansvar - politiskt ansvar, tjänstemannaansvar och professionellt ansvar - kan fördjupade insikter nås när det gäller förändringsprocesser och styrning av högt professionaliserade sjukvårdsorganisationer. Det politiska initiativet tillkom efter att allvarlig kritik riktats mot vissa delar av kommunens och landstingets vård av äldre vilket innebar att både kommunens och landstingets politiker uppfattade ett behov av att agera och att initiera en förändring. Detta behov förstärktes också av den förväntade ökningen av målgruppen äldre med komplexa vårdbehov. Tjänstemannaansvaret har under processen bestått i att formulera uppdrag och skapa styrmedel för att realisera det politiska beslutet. Dessa aktörsgrupper har utifrån legala och organisatoriska överväganden både rättigheter och skyldigheter att organisera vården för den växande gruppen äldre med komplexa vårdbehov.

När det gäller det professionens ansvar har detta haft stor betydelse för att förklara hur implementeringen av Hemvårdsenheten kommit att gestalta sig. Studien utgör i denna del en god illustration av hur professionella aktörers handlande kommit att påverka sjukvårdens och omsorgens organisering och styrning vilket har utökat professionens domän och autonomi. Det professionella ansvaret definieras vanligen som ansvar för att ge god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta ansvar har i studien i stora delar kommit att utgöras av ett ansvar för professionen, det vill säga ett ansvar för arbetsvillkor och kompetensprofil hos de läkare som skulle anställas på den nya enheten. Professionens motstånd mot det ursprungliga uppdraget och den förskjutning av det professionella ansvaret som gjorts under processen kan till vissa delar förklaras av de omständigheter som låg bakom det beslutet att skapa enheten. Uppdraget att inrätta Hemvårdsenheten formulerades som ett resultat av ett uppfattat krisläge i kommunens äldrevård. Från primärvårdens sida uppfattades att man dels gjordes till syndabockar för detta krisläge, dels att kritiken var orättvis och egentligen var en följd av underfinansiering av verksamheten. I denna tillspetsade situation agerade primärvårdens representanter för att skydda den egna organisationen, inte minst gällande tilldelningen av finansiella resurser. I kraft av professionens starka legitimitet har de också haft goda möjligheter att påverka processen i riktning mot en lösning som de själva förespråkar.

Samtidigt är det viktigt att betona att professionens agerande även kan härledas till en inomprofessionell spänning mellan läkarens olika roller – läkaren som generalist eller läkaren som specialist. Implementeringsprocessen kan således i valda delar förklaras av primärvårdens behov av att skydda sin professionella domän som generalister i förhållande till den del av professionen som representerar specialisterna, det vill säga i första hand aktörer inom ramen för Akademiska sjukhuset. Förklaringar återfinns således både i intra- och interorganisatoriska relationer mellan de olika huvudaktörerna.

Av rapporten har framgått att representanter för politiker och tjänstemän i kommun och landsting beskrivit implementeringen av Hemvårdsenheten som professionens överprövning av ett beslut som fattats i stor politisk enighet. Detta indikerar en kollision mellan det politiska och det professionella ansvaret men utgör också grunden för ett demokratiskt problem. Om styrsystem och styrtekniker inte har potentialen att implementera politiskt fattade beslut står enskilda politiker inför ett dilemma med implikationer för det politiska ansvaret i förhållande till medborgarna. Det är politikerna som under alla omständigheter kommer att hållas ansvariga i förhållande till medborgarnas krav på innehållet och omfattningen av vård och omsorg. Detta innebär också att det är nödvändigt att hitta styrtekniker och spelregler för att ge politiska beslut större praktisk genomslagskraft i vårdens organisering. Frågan är hur de olika aktörernas ansvarsuppfattningar, och därmed handlande, skulle ha kunnat påverkas för att öka styrningseffektivitet i denna förändringsprocess.

En slutsats av denna studie innebär ett uppmärksammande av att förändringsprocesser syftar till just förändring. Det finns därför anledning att i så stor utsträckning som möjligt bryta tidigare tankemönster och lojaliteter. Ett sådant sätt hade i detta fall varit att organisatoriskt placera den nya enheten på annan plats än i primärvården, som var den del av verksamheten som uttryckligen definierat inrättandet som ett led i en orättfärdig kritik. Ett annat sätt att markera förändring är att låta förändringsprocessen ledas av personer som rekryteras externt eller möjligen rekryteras från andra delar av verksamheten. Detta gäller inte minst med anledning av de påfrestningar som det innebär för den aktör som skall agera utifrån både konkurrerande ansvarsuppfattningar och tidigare lojalitet med kollegor. Effektivitet i förändringsprocesser förutsätter att signifikanta aktörers ansvarsuppfattningar inte är konflikterande i den utsträckning som här varit fallet.

6.2 Enhetens framtida utveckling

Det kan samtidigt konstateras att Hemvårdsenhetens verksamhet som den är konstruerad idag enligt intervjumaterialet har ökat effektiviteten i äldrevården genom ökad trygghet dels för de patienter som är inskrivna i enheten liksom deras anhöriga, dels för kommunens personal i särskilda boenden. Samtidigt framgår det av intervjumaterialet att det trots detta finns önskemål om realiseringen av den sammanhållna enhet som ursprungligen skisserades inte minst för att därmed uppnå ökad trygghet genom en organisatorisk lösning som är mindre personberoende än det system för läkarförsörjning som finns idag. I det kommande politiska beslut, då Hemvårdsenhetens permanenta organisation slutligen ska avgöras, står politikerna inför en avvägning mellan den ökade effektivitet som enhetens nuvarande verksamhet inneburit och ett ställningstagande gällande om verksamheten kommer att vara tillräcklig för att möta framtidens ökande krav och behov.

Slutligen finns det all anledning att betona att det utifrån denna studie inte finns någon möjlighet att dra slutsatser om vilken organisatorisk lösning som bäst uppfyller kraven på

effektivitet och optimal resursanvändning i kommunens och landstingets samlade insatser i vården av äldre. Att behovet av att den valda organisationsformen måste möta kraftigt ökade krav när det gäller både antal patienter och ökad vårdtyngd är dock ställt utom allt tvivel. Det är också av mycket stor betydelse att återigen understryka att vård och omsorg är ett politiskt ansvar och att det är politiker som kommer att hållas ansvariga för den kommande utvecklingen, oavsett vilken organisationsform som slutligen kommer att väljas.

7. Epilog

Vid sammanträde den 28 april 2008 fattade Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut om Hemvårdsenhetens framtida utveckling. Beslutet innebar att verksamheten skulle övergå från projektform till ordinarie verksamhet. Man konstaterade att Hemvårdsenheten ökat servicenivån och tillgängligheten i förhållande till målgruppen och inneburit ökad trygghet både för den enskilde och dennes närstående. Särkilt uppmärksammades dock behovet av att noggrant följa rekryteringen av läkare till enheten, något som uttrycktes som en nyckelfaktor för kontinuitet och för att Hemvårdsenheten i fortsättningen ska kunna utföra sitt uppdrag.

Själv tackar jag för att jag beretts möjligheten att följa denna intressanta process på nära håll och önskar alla inblandade lycka till i det fortsatta arbetet. Ni har en enormt viktig uppgift att fylla, särskilt då betydelsen av att bereda äldre personer ett gott omhändertagande kommer att öka dramatiskt inom en inte alltför avlägsen framtid. Denna studie har övertygat mig om att samverkan över huvudmannaskapsgränserna är en förutsättning för detta.

Referenser

- Abbott, Andrew, 1988, *The System of Professions. An essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: University of Chicago Press
- Ahrens, Thomas, 1996b, "Styles of accountability", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 21, Nr. 2/3, s. 139-173
- Ahrens, Thomas & Chris Chapman, 2002, "The structuration of legitimate performance measures and management: day-to-day contests of accountability in a U.K. restaurant chain", *Management Accounting Research*, Vol. 13, s. 151-171
- Alvesson, Mats, 2002, *Organisationskultur och ledning*, Malmö: Liber
- Alvesson, Mats, 2006, *Tomhetens Triumf: Om grandiositet, illusionsnummer & nollsummespel*. Stockholm: Atlas i samarbete med Liber
- Brorström, Björn, 1995, *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Brorström, Björn, 2001, *Kontinuitet och förändring – Förutsättningar för och mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Utvärderingsprogrammet Västra Götaland, rapport 8.
- Bryman, Alan, 2002 (2001), *Samhällsvetenskapliga metoder*, Malmö: Liber Ekonomi
- Bryman, Alan & Emma Bell, 2003, *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Malmö: Liber
- Cregård, Anna, 2007, "Att styra sin chef: disciplinering från centrum till periferi", I: Siverbo *et al*, *Demokratisk och effektiv styrning, En antologi om forskning i offentlig förvaltning*, Lund: Studentlitteratur
- Czarniawska-Joerges, Barbara, 1996, "Changing times and accounts: tales from an organization field", I: Munro, Rolland & Jan Mouritsen (red), *Accountability. Power, Ethos & the technologies of managing*, London: International Thomson Business Press, s. 307-328
- Danermark, Berth, 2005, *Samverkan – himmel eller helvete*, Malmö: Gleerups Utbildning AB
- Danermark, Berth & Christian Kullberg, 1999, *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*, Lund; Studentlitteratur
- Freidson, Eliot, 1986, *Professional Powers. A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press
- Garfinkel, Harold, 1967, *Studies in Ethnomethodology*, Cambridge: Polity Press
- Giddens, Anthony, 1979, *Central Problems in Social Theory*, London: Macmillan

- Giddens, Anthony, 1984, *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*, Cambridge: Polity Press
- Guthrie, James, 1998, "Application of accrual accounting in the Australian public sector – rhetoric or reality?" *Financial Accountability & Management*, Vol. 14, Nr. 1, s. 1-19
- Heyman, Ingrid, 1995, *Gånge hatt till....Omvårdnadsforskningens framväxt I Sverige – sjuksköterskors avhandlingar 1974 – 1991*, akad. avh. Göteborg: Daidalos.
- Hood, Christopher, 1995, "The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, Nr. 2/3, s. 93-109
- Jones, C. Stuart, 1999, "Hierarchies, networks and management accounting in NHS hospitals", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 12, Nr 2, s. 164-187
- Kraus, Kalle, 2007, Sven, inter-organisational relationships and control, a case study of domestic care of the elderly", Ak avh, HAndelshögskolan, Stockholm
- Kurunmäki, Liisa, 2004, "A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, pp 327 - 347
- Kvale, Steinar, 1997, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur
- Lindholm, Cecilia, 2003, *Ansvarighet och Redovisning i Nätverk. En longitudinell studie om synliggörande och osynliggörande i offentlig verksamhet.* (ak. avh.) Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala universitet.
- Lindholm, Cecilia & Irving Palm, 2003, *Samverkan och effektivitet. Rapport från en förstudie om Westerlundiska Rehabiliteringsavdelningen*, Uppsala: Kommunförbundet Äldre.
- Lindholm, Cecilia, 2005, *Effektivitet i samverkan och samverkans effektivitet. En uppföljningsstudie om Westerlundiska rehabiliteringsavdelningen*, Regionförbundet Uppsala län, FoU äldre
- Llewellyn, Sue, 1998, "Boundary work: costing and caring in the social services", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 23, Nr. 1, s. 23 - 47
- Macintosh, Norman & Robert Scapens, 1990, "Structuration theory in management accounting", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 15, Nr. 5, s. 455-477
- Miller, Peter, 1994, "Accounting as social and institutional practice: an introduction", I: Hopwood, Anthony G. & Peter Miller (red.), *Accounting as social and institutional practice*, Cambridge: University Press, s 1-39
- Miller, Peter, 1996, "Dilemmas of Accountability: The Limits of Accounting", I: Hirst, P. & S. Khilmani, *Reinventing democracy*, Oxford: Blackwell
- Mouritsen, Jan, 1997, *Tællelighedens regime*, København: Jurist- og Økonomforbundets forlag

Nilsson, Viveka, 2007, "Ekonomistyrning i professionellas vardag", I: Siverbo *et al*, *Demokratisk och effektiv styrning, En antologi om forskning i offentlig förvaltning*, Lund: Studentlitteratur

Olson, Olov, James Guthrie & Christopher Humphrey, 1998, *Global Warning. Debating International Developments in New Public Financial Management*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Pettigrew, Andrew M., 1997, "What is a processual analysis", *Scandinavian Journal of Management*, Vol. 13, Nr. 4, s. 337-348

Prop. 2002/03:20, *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*.

Roberts, John & Robert Scapens, 1985, "Accounting systems and systems of accountability – understanding accounting practices in their organisational contexts", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 10, Nr. 4, s. 443-456

Rose, Nikolas, 1991, "Governing by numbers: figuring out democracy", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 16, Nr. 7, s. 673-692

Seal, Willie & Peter Vincent-Jones, 1997, "Accounting and trust in the enabling of long-term relations", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 10, Nr. 3, s. 406-431

Silverman, David, 1975, "Accounts of Organisations – Organisational Structures and the Accounting Process, I: McKinley, J. B. (red.) *Processing People: Cases in Organisational Behaviour*, London: Holt, Rineheart and Winston

Sinclair, Amanda, 1995, "The Chameleon of accountability: forms and discourses", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, pp. 219-237

Siverbo, Sven, (red), 2007, *Demokratisk och effektiv styrning. En antologi om forskning i offentlig förvaltning*, Lund: Studentlitteratur

SOU 2003:91, *Slutbetänkande av den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005*

SOU 2004:68, *Sammanhållen hemvård. Betänkande av Äldrevårdsutredningen*, Socialdepartementet.

SOU 2004:83, *Hjälpmedel. Betänkande av LSS- och hjälpmedelsutredningen*, Socialdepartementet.

Whittington, Richard, 1992, "Putting Giddens into action: Social Systems and Managerial Action", *Journal of Management Studies*, Vol. 29, Nr. 6, s. 693 – 712

Willmott, Hugh., 1987, "Studying managerial work: a critique and a proposal", *Journal of Management Studies*, Vol. 24, Nr. 3, s. 249-270

Östergren, Katarina och Kerstin Sahlin-Andersson, 1998, *Att hantera skilda världar: Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*, Stockholm: Landstingsförbundet

Bilaga

Exempel på intervjuguide (personal på särskilt boende)

Samverkan och effektivitet

- Hur ser du på behovet av samverkan mellan kommun och landstingsverksamhet. På vilket sätt underlättas dina arbetsuppgifter och vilka problem kan det finnas.
- Hur ser du på effektivitet i respektive verksamhet.
- Vilka effektivitetsutvärderingar görs i av din verksamhet idag och vilka tycker du är angelägna att göra.
- Vad tycker du är viktigt när det gäller att göra gemensamma utvärderingar mellan kommun och landsting.

Första delen – varför ändrades intentionerna i projektgruppen

- Hur uppfattade du behovet från början
- Vilka var kommunens intentioner ursprungligen när det gäller arbetet med Hemvårdsenheten.
- Vilka diskussioner fördes mellan er som arbetar i verksamheten och kommunen politiker och tjänstemän.
- Fick ni information fortlöpande under perioden.
- Vilka för- och nackdelar uppfattar du att det finns om man jämför Hemvårdsenheten som det var avsett och Hemvårdsenheten som denna blev.
- Hur ser du på de särskilda boendenas behov av tillgång till läkare och på vilket sätt har detta ändrats.

Andra delen – hur fungerar styrsystemet

- Hur uppfattar du effektivitet i Hemvårdsenhetens arbete
- Vad finns det för mått på detta idag
- Hur skulle du vilja att det utvärderades
- Kan man sätta pengar på detta och hur skulle det i så fall gå till?
- Vilken uppföljning av Hemvårdsenhetens verksamhet ser du i din position idag.

Tredje delen – styrningskapacitet vad avser egen verksamhet vs kontrakt

- Hur ser du på att denna verksamhet bedrivs inom ramen för landstinget i förhållande till om den skulle bedrivas av entreprenörer.

Avslutande del – framtiden och förtroende mellan aktörer

- Hur skulle du önska att Hemvårdsenhetens verksamhet utvecklade sig.
- Hur uppfattar du relationen mellan din verksamhet och landstinget generellt
- Hur är förtroendet mellan dig och Hemvårdsenheten.