

Glöm inte samverkan

-En kvalitativ studie om samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer när det kommer till individer med demens och deras anhöriga.

Av: Maja Stenskog

Handledare: Magdalena Elmersjö
Södertörns högskola | Institutionen för socialt arbete
Kandidat 15 hp
Vårterminen 2018
Socionomprogrammet med storstadsprofil



SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se

Förord

Våren 2016 är en period i mitt liv som jag alltid kommer att minnas, det var då som min mamma fick diagnosen demens. Sjukdomen hade smugit sig på och ingen i familjen var beredd på diagnosen eller visste vad den skulle komma att innebära.

När diagnosen till slut sattes så stod vi handfallna och det väntade en uppsjö av beslut som behövde fattas och flera svåra avvägningar kring vilken vård som borde sättas in.

Min mamma fick diagnosen frontallobsdemens med semantisk inriktning. Hennes diagnos hör till en av de demenstyper som oftast upptäcks sent i sjukdomsförloppet. I dagsläget finns det ingen medicin som kan verka symptomsdämpande.

Under min socionomutbildning hade de äldres situation och deras problematik knappt vidrörts så hade jag tyvärr ingen kunskap att hämta därifrån om ovannämnda ämne. Något som jag däremot hade till stor hjälp av med min utbildning var det faktum att omvårdnadssystemet i sig inte var något främmande och att jag hade ett kontaktnät som jag kunde vända mig till för att få vägledning.

Detta medförde ett intresse att öka min förståelse för samverkan och samarbetet mellan de instanser som påverkar inte bara individen med demens och dess anhöriga utan speciellt de professionella inom demensvård som dagligen möter dessa svårigheter.

Jag vill passa på att tacka min handledare Magdalena Elmersjö som uppmuntrade mig samt fick mig att se ett allmänt värde i min uppsats.

Jag vill även tacka alla intervjupersoner som bidrog med sin expertis och tid, utan er hade denna uppsats inte varit möjlig.



Sist men inte minst vill jag tacka min familj och i synnerhet mina föräldrar. Ni kommer alltid att vara i mina tankar.

Sammanfattning

Huvudsyftet med denna uppsats är att lyfta fram hur professionella inom demensvård upplever samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer. Fokus har varit att undersöka de teman som uppdagas när man talar om samverkan och implikationer som detta innebär i det dagliga arbetet. Vidare har syftet varit att undersöka intervjupersonernas upplevda möjlighet till kompetensutveckling inom demens samt deras eget handlingsutrymme.

Undersökningen bygger på fem intervjuer och utfördes i en större stad i Sverige. Två intervjupersoner representerar landstinget, två intervjupersoner representerar en kommun och slutligen representerar en intervjuperson en intresseorganisation.

Resultatet visar att intervjupersonerna ser brister i samverkan och att detta bland annat kan bero på förlegade normer samt det faktum att kommun och landsting arbetar inom olika lagrum som begränsar ett tillfredställande samarbete. Vidare pekar resultatet på att individinsatser är det som får samverkan att fungera vilket kan leda till en problematisk situation, både för de professionella samt brukare och deras anhöriga.

Titel: ”Glöm inte samverkan”- En kvalitativ studie om samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer när det kommer till individer med demens och deras anhöriga

Författare: Maja Stenskog

Sökord: Demens, demenssjukdom, samverkan, handlingsutrymme, landstinget och kommunal.

Antal ord: 12113

Abstract

The main purpose of this paper is to illuminate how professionals within medicare and municipality as well as professionals from interest organizations experience cooperation between the different parties. The core of this study have been to recognize which themes that might be significant when it comes to united actions and to see if there are any implications to the everyday work because of it.

The structure of this study is based on five interviews and the geographical placement is in a larger city in Sweden. Two of the interviewed represent the professionals from medicare, two of the other interviewed represents the professionals from a municipality and to conclude the participants in the study the fifth and final person represent an interest organization.

Through the result of this study it has been apparent that all the participants recognizes structural flaws when it comes to united actions and cooperation between the parties. This might be a direct outcome of out-dated norms and the separation between municipality and medicare due to legal boundaries. Since the different parties have different laws to abide by. Furthermore the result indicates that the bulk of the responsibility for a working cooperation is placed upon individuals. This might present sub pared care for people with dementia and their next of kin but also an unsecure environment for the professionals.

Title: “Don’t forget about united actions” – A qualitative study about cooperation between municipality and medicare when it comes to people with dementia and their next of kin.

Author: Maja Stensskog

Keywords: Dementia, education, care, municipality, home and professionals.

Word count: 12113

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	1
1.1	KOPPLING TILL SOCIALT ARBETE	2
1.3	SYFTE	3
1.4	FRÅGESTÄLLNINGAR	3
1.5	STUDIENS AVGRÄNSNINGAR	3
1.6	DISPOSITION AV UPPSATSEN	1
2	BAKGRUND	2
2.1	DEMENS I SVERIGE	2
2.1.1	<i>Begreppsförklaring; demens ett samlingsnamn</i>	2
2.1.2	<i>Primärdegenerativa sjukdomar</i>	3
2.1.3	<i>Sekundära sjukdomar</i>	3
2.1.4	<i>Vaskulära Sjukdomar</i>	3
2.2	LAGAR OCH RIKTLINJER	4
2.2.1	<i>Nationella riktlinjer för demensvård</i>	4
2.2.2	<i>Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade - Lss</i>	5
2.2.3	<i>Hälso- och sjukvårdslagen - HsL</i>	5
2.2.4	<i>Socialtjänstlagen – SoL</i>	6
2.2.5	<i>Samverkansdokument mellan landsting och en större stad i Sverige</i>	6
3	BEGREPPSDEFINITION	8
3.1	INSTANSER	8
3.2	SAMVERKAN	8
4	TIDIGARE FORSKNING	9
4.1	PRESENTATION AV TIDIGARE FORSKNING	9
4.1.1	<i>Ambrose-Miller och Ashcroft</i>	9
4.1.2	<i>Lund</i>	10
4.1.3	<i>Österström</i>	11
4.1.4	<i>Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen</i>	11
4.2	UPPFATTNINGAR AV SAMVERKAN	12
4.3	FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN	13
4.4	HINDER FÖR SAMVERKAN	13
4.5	SAMMANFATTNING AV DEN UTVALDA TIDIGARE FORSKNINGEN	14
5	TEORI	15
5.1	SAMVERKANSTEORI	15
5.1.1	<i>Hinder för samverkan</i>	16
5.2	HANDLINGSUTRYMME	16
6	METOD	18
6.1	MOTIV FÖR VALD METOD	18
6.2	URVAL	18
6.3	TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	19
6.4	ANALYSPROCESS	20
6.4.1	<i>Analysmetod</i>	21
6.5	SÖKNINGSPROCESSEN AV TIDIGARE FORSKNING	21
6.6	METODDISKUSSION	22
6.7	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	22
6.8	UPPSATSENS TROVÄRDIGHET	23
7	RESULTAT	24
7.1	STYRNING OCH EKONOMI	24
7.1.1	<i>Styrning</i>	24
7.1.2	<i>Ekonomi</i>	25
7.2	FÖRSTÅELSE OCH KOMMUNIKATION	27
7.2.1	<i>Förståelse</i>	27
7.2.2	<i>Kommunikation</i>	28

7.3	ANSVAR SOMRÅDEN OCH LAGRUM	31
7.3.1	<i>Ansvarsområden</i>	31
7.3.2	<i>Lagrum</i>	32
7.4	INDIVIDINSATSER OCH PERSONAL	33
8	DISKUSSION	36
8.1	DISKUSSION	36
8.2	SAMMANFATTNING AV DISKUSSION OCH RESULTAT	37
9	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	38
	LITTERATURFÖRTECKNING	39
	ELEKTRONISKA KÄLLOR OCH LAGAR	40
1	BILAGOR:	41
1.1	INFORMATIONSBREVET:	41
1.2	INTERVJUGUIDE:	42

1 Inledning

I världen beräknas det i dagsläget vara 47 miljoner som har diagnosticerats med demens. Det uppskattade antalet som insjuknar varje år är cirka 10 miljoner personer. Tidigare har man betraktat demens som en naturlig del av att åldrandet men med dagens forskning kan man dra slutsatsen att så inte är fallet (Svenskt Demenscentrum, 2018).

Den första kartläggningen av forskningsläget i Sverige beträffande demens gjordes inte fören 2003 (Edberg, 2011). I den sammanställda rapporten framstod samverkan och spetskompetens som nyckelaspekter för att vården skulle kunna förbättras (DS 2003:47). Den senaste studien i Sverige som undersökte samverkan mellan kommun och landsting när det kommer till demens gjordes som ett prioriteringsprojekt för att bistå riksdagen i de beslut som behövdes se över när det kommer till vård och stöd för personer med demens (Lund, 2010). Detta inträffade för sju år sedan och mycket har hänt sedan dess. De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid demens är på väg att komma ut i sin omarbetade andra upplaga och de tidigare implementeringarna har granskats. Det är av största vikt att undersöka hur samverkan mellan kommun och landsting ser ut idag. Detta då det tidigare har framställts som nyckeln till korrekt vård och stöd men ingen sådan undersökning har skett sedan 2010.

Det finns vissa gemensamma faktorer hos de olika diagnoserna av demens. Centrala faktorer är att personen som insjuknar får en kognitiv försämring samt att det behövs insatser från både kommun och landsting. Demens kan allmänt räknas som en anhörigsjukdom. Detta då personer som diagnostiserats med demens generellt saknar sjukdomsinsikt allt eftersom sjukdomen fortskrider och ansvaret då läggs på anhöriga eller individens sociala nätverk (Demensförbundet, 2018). Därför bör man inte glömma bort anhörigas roll i vård och samverkan i denna uppsats. Om samverkan fallerar så skapar detta svårigheter för personen med demens och dess anhöriga som förlitar sig på hjälp från de inblandade instanserna.

Samverkan kan enklast beskrivas som ett utbyte av information och handlingsalternativ som kan ske mellan olika instanser exempelvis myndigheter, organisationer eller andra samhällsgrupper (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Österström beskriver i sin forskning att kvalitativ och korrekt vård till brukare samt anhöriga enbart kan ske om det finns en adekvat samverkan mellan instanserna. Vidare menar han att samverkan bygger på kommunikation mellan instanserna samt brukare och dess anhöriga (Österström, 2007).

Denna uppsats baseras på intervjupersoners beskrivning av samverkan. De olika instanserna som undersöks har olika ramar att arbeta inom samtidigt som de måste samarbeta med varandra. Detta påverkar både de professionella inom demensvården. Deras handlingsutrymme gentemot varandra,

brukaren och dennes anhöriga samt hur en fungerande samverkan ska kunna samexistera med de olika instansernas syften och mål.

1.1 Koppling till socialt arbete

Den vård som idag administreras till personer med demens och deras anhöriga kan lätt tolkas som primärt landstinget och sjukvårdens ansvar då man kan hänvisa till demens som en sjukdom men majoriteten av insatserna som sätts in placeras på kommunen och socialarbetarens bord.

I dagens läge är det enbart ett fåtal demensdiagnoser som kan mildras på medicinsk väg vilket innebär att de insatser som erbjuds för vård och stöd centrerar kring miljöfaktorer.

Demensförbundet beskriver det som följande;

Miljö- och omvårdnadsfaktorer kan ofta starkt påverka en person med demenssjukdom och skapa psykiska symptom. Dessa orsaker ska åtgärdas genom förändringar i miljön och inte genom läkemedelsbehandling. (2018)

Detta påvisar vikten av denna uppsats för socialt arbete. Som socialarbetare behöver man besitta stor kunskap om demens och hur man ska hantera den problematik samt vilka insatser som är korrekta för att kunna erbjuda adekvat stöd. För att kunna ge rätt stöd och vård för personer med demens och deras anhöriga så krävs det en fungerande samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer. Detta medför att denna uppsats är relevant både i upplysande syfte hur läget ser ut med samverkan idag och vilken inverkan detta har för professionella.

1.3 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur professionella inom området för demensvård beskriver samverkan mellan landsting, kommun och intresseorganisationer. Vård av en individ med demens delas officiellt upp mellan kommun och landsting men något som framgått av tidigare forskning samt empirin i denna uppsats är att intresseorganisationer är en primär källa för information till anhöriga och personer som diagnostiserats med demens. Därför är det av vikt att undersöka samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer.

1.4 Frågeställningar

1. Hur beskriver professionella inom demensvård samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer för personer med demens och dess anhöriga?
2. Hur beskriver professionella inom demensvård att information om demens delges till anhöriga och brukare?

1.5 Studiens avgränsningar

För att kunna få svar på uppsatsen syfte och frågeställningar krävdes vissa avgränsningar. De intervjuade skulle arbeta med demens. Enbart en kommun, en intresseorganisation samt landstinget var de tillfrågade instanserna och enbart fem individer intervjuades. Detta medför att man bara får en liten skara av människors beskrivningar förmedlade. Undersökningen skedde uteslutande i en större stad i Sverige vilket medför att man inte kan jämföra om det finns geografiska skillnader vilket skulle kunnat innebära en högre grad av tillförlitlighet. Något som även påverkade studiens avgränsningar är att den utfördes på c-uppsats nivå vilket medförde att det varken fanns tid eller finanser för djupgående forskning.

1.6 Disposition av uppsatsen

I kapitel ett beskrivs uppsatsens syfte, koppling till socialt arbete och frågeställningar. I kapitel två presenteras en översiktlig bild av fakta som är viktiga att känna till för att förstå komplexiteten i samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer när det kommer till stöd och vård för personer som diagnostiserats med demens och deras anhöriga. Kapitel tre berör begreppsdefinitioner på ord som kontinuerligt brukas i denna uppsats. Det fjärde kapitlet presenterar tidigare forskning som används som stöttepelare för att både ge en bild av forskningsläget i dag gällande samverkan mellan olika instanser och möjliggöra för analys samt jämförelse av denna uppsats empiri. Kapitel fem beskriver de valda teorierna som utgör ryggraden för analysen i resultatet. I kapitel sex redogörs hur uppsatsen har tillkommit och vilken metodologi som tillämpats samt vilka etiska överväganden som har tagits. Kapitlen sju och åtta utgör uppsatsens analys och diskussion av den insamlade empirin.

2 Bakgrund

Trycket på personal inom vårdsektorn är i dag högt och flera instanser är inblandade i såväl vården till den demenssjuke som i stödet till anhöriga. Vården för den demensdrabbade bör enligt nationella riktlinjer vara personcentrerad (Socialstyrelsen, 2017).

Bakgrundskapitlet ämnar ge en kort översikt om sjukdomen demens samt vilka lagar och riktlinjer som påverkar vilken vårdinsats och stöd som personen med demens och dennes anhöriga har rätt till.

2.1 Demens i Sverige

På Demenscentrums hemsida beskrivs att runt omkring 25 000 personer insjuknar i demens varje år i Sverige. Den totala siffran i dagsläget uppskattas vara omkring 160 000 personer som diagnostiserats med demens. (Svenskt Demenscentrum, 2018).

2003 skedde en sammanställning; På väg mot en god demensvård - Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga (DS 2003:47). Denna kartläggning var startpunkten för att samarbetet mellan kommun, landsting och Socialdepartementet inleddes när det kom till vård av demenssjuka och deras anhöriga (Edberg, 2011).

2008 etablerades Svenskt demenscentrum (Edberg, 2011) som idag bland annat erbjuder webbutbildningar för vårdgivare och anhöriga i så kallad Demens ABC (Svenskt Demenscentrum, 2018). Svenskt demenscentrum strukturerar, samlar in och sprider kunskap om demens. Svenskt demenscentrum har även som uppdrag att sammanställa forskningsresultat och utvärderingar inom demens (Edberg, 2011).

2.1.1 Begreppsförklaring; demens ett samlingsnamn

Demens är ett så kallat paraplybegrepp, det rör sig således inte om en homogen sjukdom utan är ett samlingsnamn för olika åkommor som påverkar hjärnan. Något som de olika förgreningarna av demens har gemensamt är förfall av de kognitiva egenskaperna i hjärnan, vare sig om de är uppkomna vid trauma eller förtvining av hjärnmassa (Svenskt Demenscentrum, 2018).

När man klassificerar en vårdtagare med demens så tittar man på olika faktorer som kan ha uppkommit av varierande orsaker, bland annat skador, tidigare sjukdomar eller brister i kroppen som kan ha föranlett symptomen. Generellt är det brukligt att dela in demens i tre huvudområden. Dessa områden är: Primärdegenerativa sjukdomar, Sekundära sjukdomar och Vaskulära sjukdomar.

2.1.2 Primärdegenerativa sjukdomar

Denna underkategori av demens kännetecknas av att hjärnceller förtvinar i en förhöjd takt. När hjärnceller dör i en onormalt snabb hastighet påverkas hjärnfunktionerna. Vanligt för den primärdegenerativa kategorin är att personligheten och individens förmågor förändras löpande under en längre tid. Detta medför att symptomen kanske blir märkbara först när sjukdomsförloppet är långt framskridet (Armanius Björlin, 2004; Svenskt Demenscentrum, 2018).

2.1.3 Sekundära sjukdomar

Dessa kan något förenklat förklaras med att sjukdomar som en person tidigare drabbats av ökar risken för den process som kan utveckla demens. Det kan vara allt från skador och substansmissbruk till veneriska sjukdomar (Wahlund & Wimo, 2002; Svenskt Demenscentrum, 2018).

2.1.4 Vaskulära Sjukdomar

Denna kategori av demens kännetecknas av att det i de flesta fallen handlar om blödningar eller blodproppar som uppstår i kroppen. Blodet transporterar syre och när blödningar sker, eller blodproppar utlöses, så stryps tillförseln av syre till hjärnan. Symptomen för denna underkategori till demens är ofta plötsliga och synbara (Wahlund & Wimo, 2002; Svenskt Demenscentrum, 2018).

Att ha en kännedom om demensdiagnoserna underlättar för att få en förståelse till varför samverkan är avgörande inom detta fält. Syftet med denna uppsats är att belysa hur professionella beskriver samverkan och hur information delges till drabbade. Därför måste man även lyfta diagnosen så att den blir förståelig.

2.2 Lagar och riktlinjer

Lagar och riktlinjer ligger till grund för hur vården utformas och hur samverkan mellan olika instanser bör fungera. Det är därför av vikt att göra en övergripande genomgång av dessa. Lagarna och riktlinjerna som jag överskådligt kommer att presentera är; Hälso- och sjukvårdslagen (HsL), Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Lss) samt de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens.

Stockholms läns landsting har HsL som ramverk för den vård de kan erbjuda och vilket handlingsutrymme som finns. Kommunerna följer SoL och Lss, dessa är så kallade ramlagar vilket innebär att det finns ett handlingsutrymme som kan variera. Detta beroende på vilken instans som är aktuell och vilken handläggare som gör tolkningen av lagarna.

Stockholm läns landsting har ett regionalt vårdprogram som innefattar både kommun och landsting och deras värdegrund ser ut som följande.

Värdegrunden uttrycks i lagstiftningen i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). De grundläggande värderingarna som uttrycks i lagstiftningen innebär att personer med demenssjukdom:

- ska få sin integritet och sitt självbestämmande respekterat,
- ska få tillgång till insatser på jämlika villkor och att insatserna är lättillgängliga,
- ska få sina rättigheter respekterade,
- ska kunna känna sig trygga,
- inte får diskrimineras, till exempel uteslutas från vård och omsorg pga. kön, etnicitet, ålder eller diagnos.

Detta enligt Stockholms läns landsting (SLL), regionala riktlinjer för demensvård (Socialstyrelsen, 2017).

2.2.1 Nationella riktlinjer för demensvård

De nationella riktlinjerna för demensvård publicerades och utformades av Socialstyrelsen för första gången 2009 (2017). I dessa riktlinjer ges rekommendationer för hur vården och omsorgen av personer som diagnosticerats med en demenssjukdom ska struktureras (Socialstyrelsen, 2017). Riktlinjerna ska vara till hjälp för att skapa systematiska prioriteringar i den vård som erbjuds. Rekommendationerna som upptecknats i riktlinjerna är inga lagar utan förslag på tillvägagångssätt.

Detta kan vara till hjälp när det kommer till resursfördelning och vilka vårdinsatser som bör prioriteras (Socialstyrelsen, 2017).

De riktlinjer från 2009 som idag finns på Socialstyrelsens hemsida vad gäller demensvård är under revidering och förväntas träda i kraft 2018. I första hand vänder sig riktlinjerna till verksamhetschefer, tjänstemän, politiker, socialtjänsten och yrkesverksamma inom Hälso- och sjukvården.

2.2.2 Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade - Lss

Lss är den lag som bestämmer insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer med vissa funktionsnedsättningar. Det finns tre kategorier som brukare kan placeras inom. Dessa beskrivs i första paragrafen i Lss (SFS 1993:387). Den första kategorin innefattar om man har en utvecklingsstörning eller autismliknande tillstånd. Den andra kategorin innefattar om brukaren har betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Den tredje och slutliga kategorin innefattar brukare som har andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (SFS 1993:387).

När man tittar på de olika indelningarna av demens så kan man se att personer med samma diagnos kan få varierande inplacering mellan de tre kategorier som ryms i Lss, detta beroende på att demens kan drabba en person oavsett ålder, eller om sjukdomen har uppkommit på grund av yttre våld eller inre sjukdom.

2.2.3 Hälso- och sjukvårdslagen - HsL

HsL är en lag som bestämmer de åtgärder som kan tillämpas för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Målet med HsL är att den vård som erbjuds ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 2017:30). HsL beskriver även att den som är i störst behov av vård ska ha förtur att tillskaffa sig den. Det finns olika krav på den hälso- och sjukvård såsom att vården måste vara lättillgänglig och tillgodose patientens behov av trygghet under vård och behandling. Det finns även ett gemensamt krav som tas upp i Socialtjänstlagen vilket innebär att man har respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 2017:30; Sahlin & Gavelin, 2003).

Vidare beskrivs i lagen att de olika insatser som rör patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Detta sammantaget belyser att samverkan på så vis är ett krav och inte en rekommendation.

2.2.4 Socialtjänstlagen – SoL.

Socialtjänstlagen har som mål att främja människors möjlighet till tre saker. Den första är att individer har ekonomisk och social trygghet, den andra framhäver att individen ska ha jämlikhet i levnadsvillkor, den tredje och avslutande handlar om att man ska främja individers aktiva deltagande i samhällslivet (SFS 2001:453; Bergstrand & Bäckman, 2013).

I SoL beskrivs även kommunens ansvar i kap 2. Varje kommun har ansvar för sitt område vilket även innebär att kommunen har det yttersta ansvaret för de som vistas i kommunen och att de får den hjälp och stöd som de behöver (SFS 2001:453; Bergstrand & Bäckman, 2013).

SoL anger att, i likhet med HsL, så ska verksamheten bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Detta innebär även att brukaren själv måste be om olika insatser som den kan behöva och kan säga nej till erbjudna insatser om den så önskar (SFS 2001:453).

2.2.5 Samverkansdokument mellan landsting och en större stad i Sverige.

Det finns en överenskommelse mellan landstinget och kommunerna om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt, och stöd till deras närstående. Parterna är landstinget (SLL) och kommuner. Mål om samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för att säkerställa en god kvalitet i vård och omsorg. Överenskommelsen ska utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma arbetet mellan kommunen och landstinget på lokal nivå och leda till att skriftliga lokala riktlinjer, rutiner eller program (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2012).

Gemensamma utgångspunkter för lokala program är de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010, regionala styrdokument och tillämpliga lagar och föreskrifter. Lokala program ska präglas av personcentrerad vård och omsorg. Kommun och landstinget har olika ansvarsområden. Landstinget ansvarar för utredning och diagnos av personer med misstänkt demenssjukdom samt för behandling och uppföljning. Landstinget ansvarar också för hemsjukvården i ordinärt boende. Kommunen ansvarar för omsorg i form av hemtjänst och daglig verksamhet i hemmet, dagverksamhet, korttidsboende, växelvård och särskilt boende. Kommunen och landstinget har båda, enligt lag, ansvar för stödinsatser till närstående (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2012)

Ovannämnda lagar och riktlinjer är det som sätter ramarna för samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer. Dessa kan agera både underlättande och hindrande för professionella inom demensvård när det kommer till samverkan mellan instanserna. Därför är dessa viktiga att beskriva för att underlätta förståelse för denna uppsats syfte och frågeställningar.

3 Begreppsdefinition

I detta avsnitt kommer en kort beskrivning av centrala begrepp som är viktiga för denna uppsats. Förutom beskrivningen kommer även en förklaring av tillämpningen av dessa begrepp.

3.1 Instanser

I denna uppsats används uttrycket ”instanser” återkommande. Innebörden av instanser i denna uppsats syftar till kommun, landsting och intresseorganisationer.

3.2 Samverkan

Definitionen av samverkan kan förenklat beskrivas som något olika instanser/organisationer/grupper eller individer gör när de samarbetar mot ett gemensamt mål. Även om sagda grupper kan ha olika prioriteringar i grunden så innebär samverkan att dessa differentierande prioriteringar får stå tillbaka till fördel för det gemensamma målet. I denna uppsats fokuseras samverkan kring samarbetet mellan kommun, landsting och intresseorganisationer när det kommer till vård och stöd för personer som diagnostiserats med demens samt deras anhöriga.

I det tidigare avsnittet med rubriken ”bakgrund” beskrivs lagar och riktlinjer som är några av de olika instansernas differentierande prioriteringar.

4 Tidigare forskning

I det följande avsnitt presenteras tidigare forskning som är relevant vad gäller frågeställningarna i denna uppsats. Därefter beskrivs resultat från den tidigare forskningen som även är av vikt för denna uppsats syfte och frågeställningar.

Problematiken som uppkom när sökning av tidigare forskning genomfördes var att demens i Sverige är relativt outforskat vilket kan påvisa att det behövs mer forskning om ämnet i allmänhet. Presentationen av internationella och nationella publikationer som tidigare har undersökts delas upp i tre olika kategorier; uppfattningar, förutsättningar och hinder för samverkan. Orsaken till dessa tre kategorier bygger på Axelsson och Bihari Axelssons samverkansteori. De menar att samverkan kan ske horisontellt, vertikalt eller en kombination av de båda (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Horisontell samverkan sker när människor samarbetar av egen fri vilja och vertikal samverkan påverkas av beslut och rangordningar exempelvis politisk inverkan eller chefers direktiv till gräsrotsbyråkraten.

Denna uppsats centrerar kring samverkan vilket även genomsyrar den tidigare forskningen som den gemensamma nämnaren. Detta är även den underliggande orsaken till att de tre kategorierna är uppdelad efter ryggraden i samverkansteorin.

Avslutningsvis presenteras en sammanfattning av den tidigare forskningen.

4.1 Presentation av tidigare forskning

I underkategori presenteras en kort genomgång av de fyra valda forskningarna och rapporteringarna. Detta för att erbjuda en överblick av varje forskning innan man övergår till de tre kategorierna; Uppfattningar, förutsättningar och hinder för samverkan.

Vidare kommer en motivering till varför just dessa fyra forskning har valts till denna uppsats presenteras.

4.1.1 Ambrose-Miller och Ashcroft.

Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) lägger i sin forskningsstudie fram teman som kan användas för att definiera ett ramverk för samverkan. Syftet med studien var att undersöka socialarbetares uppfattningar och upplevelse om samverkan mellan olika instanser. För att besvara frågeställningen upprättade de en fokusgrupp som innefattade socialarbetare och professionella inom sjukvård samt

studenter. Studien resulterade i sex nyckelteman som antingen försvårade eller underlättade för samverkan mellan olika instanser.

Ambrose-Miller och Ashcrofts forskning är avgörande för denna uppsats då syftet är att undersöka hur professionella inom demensvård beskriver samverkan mellan de olika instanserna. Som tidigare nämnt så kan samverkan appliceras både horisontellt och vertikalt eller en kombination av de bägge. Ambrose-Miller och Ashcrofts forskning ger en möjlighet att i första hand analysera den horisontella samverkan samt hur samverkan kan uppfattas baserat på horisontella och vertikala påverkningar.

4.1.2 Lund

Lunds (2010) rapport behandlar de prioriteringar som görs inom vård och omsorg för individer med en demensdiagnos. Utredningens huvudsakliga frågeställning fokuserade på att undersöka den nationella modellen för vertikala prioriteringar, vilka framtagits för hälso- och sjukvården, och huruvida dessa var tillfredställande även på kommunal nivå och omvårdnad som ges till demenssjuka.

Utöver detta sökte Lund (2010) svar på om Socialtjänstlagen utgjorde ett hinder för öppna prioriteringar, och om det fanns skillnader i hur man resonerar kring rangordning av insatser och åtgärder mellan medicinskt och socialt skolade företrädare. Främst relevant för denna rapport är att Lund (2010) även undersökte hur en samordnad prioritering mellan medicinska åtgärder och sociala insatser skulle kunna se ut.

För att få svar på vilka prioriteringar som gjordes inom vård för demenssjuka upprättades två arbetsgrupper. Den ena gruppen rangordnade prioriteringar för de sociala omvårdnadsinsatserna som tillhör kommunens ansvarsområde. Den andra gruppen utförde en motsvarande rangordning, för de medicinska åtgärderna som placerades inom landstingets ansvarsområde (Lund, 2010).

Lunds prioriteringsrapport är viktig för denna uppsats på ett fundamentalt plan. Hennes rapport är den enda i Sverige som har granskat samverkan mellan kommun och landsting när det kommer till vård och stöd till individer med en demensdiagnos. Eftersom denna uppsats syfte är att undersöka hur professionella inom demensvård beskriver samverkan så är Lunds rapport den mest adekvata för att kunna göra jämförelser mellan denna uppsats empiri och hennes resultat.

4.1.3 Österström

Österström (2007) utförde en fallstudie av en kommunal förvaltning där vård och omsorg av äldre studerats, och där bland annat samverkan mellan den kommunala förvaltningen och andra organisationer varit i fokus. Österströms (2007) frågeställning bestod av tre teman; där det första berörde innehållet och organiseringen av kommunens vision och mål, det andra tillämpningen av samverkan i organisationen i relation till andra organisationer, och det tredje fokuserade på vilka strategier och arbetssätt som förvaltningen implementerade när det gäller samverkan.

Österströms forskning är relevant för denna uppsats då den analyserar hur samverkan påverkar den vård som erbjuds till äldre som ofta går under samma lagrum som individer med demens.

Österström lyfter även vilka förutsättningar och hinder som påverkar samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer vilket är relevant att koppla till denna uppsats frågeställningar när professionella beskriver deras egen syn på samverkan.

4.1.4 Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen

Målet som Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen lägger fram med sin studie var att bidra till en ökad förståelse till varför fördelningen av hemtjänst och hemsjukvårdstimmar ser ut som de gör i Trondheim. De menar även att deras studie kan bidra till den ekonomiska aspekten av vård och stöd till hemmaboende med behov. Detta eftersom bidrag ges ut till de olika utförarna efter vilket behov man mäter att det finns. Empirin samlades in med kvantitativ data där man fick in mängden timmar som hemtjänstutförare och sjukvård la in i sitt system för varje individ de besökte under loppet av en månad (2016).

Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussens forskning är viktigt för denna uppsats då de ingående beskriver omständigheter som påverkar vården som ges och hur det kan begränsa professionellas handlingsutrymme. Deras forskning understryker även att anhörigas ansvar är högt vilket försvåras om det inte finns en fungerande samverkan mellan de olika instanserna.

4.2 Uppfattningar av samverkan

Ambrose-Miller och Ashcrofts sex kategorier som beskriver uppfattningar av samverkan är följande;

- *Collaborative culture*,
- *Role clarification*,
- *Self-identity*,
- *Decision making*,
- *Communication*,
- *Power dynamics*.

Inom *collaborative culture* menar Ambrose-Miller och Ashcroft (2016) att den samverkanskultur som råder inom instansen eller verksamheten är avgörande för att samverkan ska fungera på bästa möjliga sätt. Samverkanskulturen som föreligger inom sagda verksamhet innefattar värderingar, åsikter och attityder hos de professionella som arbetar där. Följaktligen innebär det att strukturen och samverkan inom verksamheten är avgörande speciellt inom ledarskap. Ett ledarskap som har goda relationer till samverkan medför oftast att samverkan blir bättre enligt Ambrose-Miller och Ashcroft (2016). *Role clarification* understryker vikten av kompetensutveckling. Utbildnings- och kompetensutvecklingsmöjligheter är i centrum för *Role clarification* temat. Detta möjliggör chanserna för ökad utbildning inom verksamheten, mellan och tillsammans med andra instanser samt inflytande i hur denna kompetensutveckling ska se ut (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Med *Self-identity* framhäver Ambrose-Miller och Ashcroft att det handlar om självmedvetenhet och vad den professionellas arbetsinsatser innebär för samhället i stort. Detta innebär att bli medveten inte bara om de positiva effekterna som ens arbete kan bidra med utan även de negativa åsikterna som andra kan ha om den yrkesroll som man besitter (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Det fjärde temat som författarna Ambrose-Miller och Ashcroft tar upp är *Decision making* som hänvisar till beslutskedjan och beslutsfattande aktioner inom och mellan olika verksamheter. *Decision making* påverkar alla i arbetskedjan från politiska beslut till utförandet gentemot brukaren. De beslut som en chef på verksamheten fastställer skapar ramarna för arbetsgivares möjlighet till samverkan och deras handlingsutrymme (2016). Det femte temat som framgick av Ambrose-Miller och Ashcrofts studie var; *Communication*, detta tema baseras på hur kommunikationen mellan arbetskamrater eller organisationer kan påverka både negativt och positivt beroende på hur denna kommunikation ter sig. Det sista temat som Ambrose-Miller och Ashcroft tar upp är *Power dynamics*. Detta speglar maktdynamiken mellan arbetsgivare och arbetstagare samt olika professioner maktdynamik mellan varandra.

4.3 Förutsättningar för samverkan

I Lunds rapport framkom det att den vertikala prioriteringen var på väg att implementeras i de flesta länen men att den horisontella prioriteringen, i detta fall samarbetet med prioriteringar mellan olika instanser, var låg (Lund, 2010). Begreppen vertikala – och horisontala prioriteringar beskrivs kortfattat på följande sätt, i vertikala prioriteringar rangordnar man de insatser som kan behöva ombesörjas genom att etablera en lista med kombinationer mellan åtgärd och hälsotillstånd, vertikala prioriteringar är oftast exklusivt inriktade på en specifik sjukdom, yrkesgrupp eller sjukvårdsanläggning. Horisontala prioriteringar involverar politiker i processen och hanterar de alternativ som kan uppkomma mellan exempelvis olika sjukvårdsanläggningar, sjukdomsgrupper eller verksamhetsområden (Lund, 2010).

I Österström studie framkom att man i den undersökta kommunen vid handläggningen lagt störst fokus på att den äldre skulle bo kvar hemma så länge som möjligt, därför behövs preventiva arbeten (Österström, 2007). För att kunna få ett fungerande förebyggande arbete ansåg respondenterna att samverkan med andra organisationer var nyckeln (Österström, 2007). Om kommunen kunna utföra sitt arbete med äldre i behov av vård och omsorg så är läkarnas kompetens avgörande. Läkarna inom landstinget är de som ordinerar vilka behandlingar som ska sättas in och remitterar patienter vidare till berörda parter i patientens egen kommun (Österström, 2007).

4.4 Hinder för samverkan

Enligt Österströms studie är resurser ett centralt begrepp. Kommunens resurser avgör vilken vård som erbjuds till de boende i kommunen. Vidare beskrivs samverkan som navet av en fungerande kommunal vårdinsats, där alla inblandade ska ha god kommunikation med varandra. Resursbrist är något som kan bli ett hinder för att få igenom de mål och riktlinjer som behövs (2007). Han beskriver att finansieringsunderlaget för vården av dessa äldre kommer att minska då ålderskullarna som ska finansiera vården i framtiden är relativt små.

Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen belyser i sin studie att ekonomi och översiktlig data är avgörande för vilka hjälpinsatser som brukare får och har rätt till (2016). De fann även att brukare som bodde tillsammans med någon fick avsevärt mindre timmar från kommunen, vilket innebär att en stor del av vården utfördes av den som var samboende med brukaren.

Då grupperna (kommun och landsting) som Lund undersökte hade olika bakgrund inom utbildning och olika rättsliga ramverk så menar hon även att synen på vilken omvårdnad som ska tillämpas för individer som diagnostiserats med demens skiljer sig åt enligt hennes prioriteringsrapport (2010).

De flesta respondenterna ansåg att de riktlinjer och metoder som upprättats inte fungerade fullt ut (Lund, 2010).

Österström tar vidare upp att en befintlig problematik, som med största sannolikhet kommer att förvärras längre fram, är personalbristen för kommunerna när det gäller äldreomsorgen. Redan i dag är det svårt att rekrytera utbildad personal (2007).

En annan viktig punkt som Österström tar upp är att en stor del av ansvaret för vården läggs på anhöriga och närstående, då det rekommenderas att den äldre ska bo kvar hemma så länge som möjligt och därmed inte belasta det befintliga vårdsystemet (2007). Liknande slutsats drog även Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen (2016) i sin studie, där de presenterar en analys av faktorer som associeras med vård i hemmet när insatserna som ges distribueras av landets välfärdssystem under en längre tidsperiod.

Då Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen fick fram att man fick mer hjälp av kommunen om det gällde fysiska nedsättningar än psykiska nedsättningen så analyserade författarna att det kunde antingen bero på att fysiska nedsättningar anses vara en viktigare faktor för hemsjukvård och stöd eller att utförarna helt enkelt inte har lika bra kunskap om psykiska nedsättningar som om fysiska (2016).

Förutom kunskapsbrist lyfter Lund fram en aspekt som kan vara ett avgörande hinder för att en god samverkan ska kunna verka. Lund belyser att problemet med att ha en gemensam omvårdnadsprioritering mellan kommun och landsting, är att det rättsliga ramverk som de båda agerar under ger olika handlingsutrymmen. HsL är en målstyrd lag som har tydliga prioriteringar, medan Socialtjänstlagen är ett ramverk som inte har specifika tillvägagångssätt eller prioriteringar i samma utsträckning (Lund, 2010).

4.5 Sammanfattning av den utvalda tidigare forskningen

I ovanstående avsnitt har jag presenterat tre olika teman från olika kunskapskällor. Dessa kunskapskällor är relevanta för uppsatsens frågeställningar och syfte. Det finns övergripande faktorer som verkar sammanbinda den tidigare forskningen. Resurser styr vilka vård- och stödinsatser som en brukare får och individinsatser från professionella är avgörande faktorer för att samverkan och personcentrerad vård ska utföras.

5 Teori

I följande avsnitt kommer relevanta teoribegrepp att redogöras. Studien utarbetades och färdigställdes med samverkansteori och handlingsutrymme som närvarande följeslagare genom arbetets gång. Syftet med samverkan är att kontinuerligt och aktivt ha ett utbyte av kunskap eller information samt skapa gemensamma handlingsutrymmen.

Jag kommer att granska och analysera min empiri som i detta fall är utsagor från de intervjupersonerna som ställt upp för att delta i studien. För att kunna göra detta så kommer jag att använda mig av följande teoribegrepp.

5.1 Samverkansteori

Axelsson och Bihari Axelsson (2007) redovisar i boken *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* olika typer av samverkan. Samverkan kan ske interorganisatoriskt (mellan olika aktörer i samma organisation), interprofessionellt (mellan olika yrkeskategorier) och intersektoriellt som är samverkan mellan olika instanser (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). När man då talar om samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer upprättas en intersektoriell samverkan, denna typ av samverkan är beskriven som den mest komplexa då den även inkluderar interprofessionell och interorganisatorisk samverkan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

Olika typer av samverkan mellan differentierande aktörer åstadkommer man genom att skapa olika kombinationer mellan horisontell samverkan och vertikal samverkan. Den horisontella samverkan sker när aktörer frivilligt arbetar med varandra och den vertikala samverkan sker i en hierarkisk ordning då en aktör har bestämmanderätt över en annan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

Samverkan kan kategoriseras in i två nivåer, först har vi den *övergripande*. Den övergripande etablerar strukturer som definierar relationer och yrkespositioner, detta innebär att alla inblandade i samverkan får en tydlig roll (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014). Den andra nivån är den *specifika*. Den specifika inriktar sig på individer och strukturerar så att säregna relationer kopplas vidare till insatser för specifika ändamål (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

En annan viktig aspekt av samverkan är kommunikation, både mellan personal på olika arbetsplatser och mellan personal och anhöriga/brukare (Larsson & Nohrstedt, 2012).

5.1.1 Hinder för samverkan

Innebörden av den komplexiteten som kan uppstå vid intersektoriell samverkan kan illustreras av följande; om samverkan sker mellan kommun, landsting och intresseorganisationer så har alla ovannämnda aktörer olika ramar och riktlinjer som styr dem (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Som tidigare nämnt går kommuner under SoL och Lss medan landsting agerar efter HsL. Intresseorganisationer kan ha en intern stadga som beror på hur organisationen är uppbyggd och således även ett varierande externt regelverk (Forssell & Ivarsson Westerberg, 2007).

Samverkansteori är central för denna uppsats då syftet är att undersöka hur professionella beskriver samverkan mellan de olika instanserna. För att kunna analysera förutsättningar, uppfattningar och hinder för samverkan så måste man även kunna analysera vad samverkan innebär för verksamheter, arbetstagare, arbetsgivare, brukare och anhöriga. Utan samverkan riskerar systemet att falla eftersom vården som erbjuds är baserad på olika instansers separata kunskapsområden. Om dessa kunskapsområden inte kan samarbeta så kan det medföra att både vårdgivare och vårdtagare far illa.

5.2 Handlingsutrymme.

Begreppet handlingsutrymme handlar i sin essens om vilket utrymme en socialarbetare har i sin arbetssituation att påverka. Detta handlingsutrymme har vissa ramar att agera efter, det finns lagar och riktlinjer som socialarbetaren måste handla efter, socialarbetarens egen kunskap och klientens behov (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

I social omsorg i allmänhet arbetar anställda som en mellanplansaktör som både måste svara till klientens behov och värna om de bestämmelser som begränsar mellanplanaktörens handlingar exempelvis genom politiska direktiv eller lagar (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Inom socialt arbete har man oftast en grundutbildning av något slag såsom en socionomutbildning. Sedan utökas den grundkunskapen av spetskompetens inom det arbete som socionomen företar sig såsom exempelvis demensvård. För att socialarbetaren ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på bästa sätt så behöver hen inneha både formell och informell kunskap. Den formella kunskapen tillgodogör sig socialarbetaren genom utbildningar och den informella genom livsupplevelser (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Professionellas handlingsutrymme är viktigt att belysa i denna uppsats framförallt då det framkommit att samverkan samt adekvat vård och stöd för individer med demens och deras anhöriga i stor utsträckning blir ett individansvar. Därför är det viktigt att analysera hur

professionellas handlingsutrymme påverkas av samverkansprocessen och de ramar och riktlinjer som de är ålagda att följa inom respektive instans.

6 Metod

I följande avsnitt beskrivs motiv för vald undersökningsmetod, urvalsprocess, sökningsprocess, tillvägagångssätt, analysprocess, analysmetod och etiska övervägningar samt beskrivning av metoddiskussionen.

6.1 Motiv för vald metod

Detta är en kvalitativ studie eftersom den inte genomförts i större skala. Undersökningen kan därför inte ge generaliserbara och kvantitativt mätbara svar. Målet med studien i denna uppsats är att identifiera de intervjuades subjektiva uppfattningar. Trost (2010) för fram att man utför kvalitativa intervjuer då man levererar enkla frågor och förväntar sig komplicerade eller mångbottnade svar.

6.2 Urval

För att välja ut vilka personer som var lämpliga att svara på mina frågor undersökte jag vilka yrkesroller och organisationer som direkt och indirekt är kontakt med personer som diagnostiserats med demens och deras anhöriga. Nästa steg var att söka kontakt genom telefonsamtal och boka tid med informanter. Nya kontakter skapades också genom hänvisning från en del av dem redan inbokade vilket medför att urvalet är ett så kallat snöbollsurval som enligt Trost är en förgrening av bekvämlighetsurval (2010). För att få en bild av hur samverkan såg ut kontaktade jag ett landsting, en kommun och en intresseorganisation.

Intervjupersonerna som har deltagit i denna undersökning presenteras nedan;

Intervjupersoner:

Arbetstitel:

Instans:

Intervjuperson 1	Kurator	Landstinget
Intervjuperson 2	Chefssjuksköterska/samverkansansvarig	Landstinget
Intervjuperson 3	Biståndshandläggare	Kommun
Intervjuperson 4	Anhörigkonsulent/samverkansansvarig	Kommun
Intervjuperson 5	Projektanställd/arbetsterapeut	intresseorganisation

Eftersom studien uteslutande fokuserades på att undersöka upplevda omständigheter och inte jämförelser i en nationell skala, så valdes enbart en kommun och ett landsting samt en intresseorganisation.

Intervjupersonerna valdes som representanter för varje relevant instans som i denna uppsats innebär kommun, landsting och intresseorganisationer. Inom kommunen intervjuades en anhörigkonsult/samverkansansvarig och en biståndshandläggare. Önskemålet var att få olika insyn

och perspektiv, dels på organisationsnivå men även för att granska kontakten som sker mellan ledning och personal samt personer som är i behov av demensvård och deras anhöriga. Inom landstinget intervjuades chefssjuksköterska/samverkansansvarig och en kurator. Detta urval av personal valdes då det möjligen skulle belysa vårdkedjan från samverkansbeslut till vård för personer som är i behov av insats. Inom intresseorganisationen intervjuades en projektanställd arbetsterapeut som kunde belysa frågan om samverkan med ett utifrånperspektiv och hade bra insikt i intresseorganisationens arbete.

6.3 Tillvägagångssätt

Valet av ämne för denna uppsats motiveras av att jag som blivande socionom sannolikt kommer att möta individer med en demenssjukdom. För att då få en övergripande bild var jag tvungen att börja med att gå igenom tidigare rapportering och forskning om demens.

Efter att jag studerat tidigare rapportering och forskning valde jag att avgränsa min undersökning till samverkan, handlingsutrymme och kompetensutveckling. Denna avgränsning förde med sig att jag kunde dela in intervjufrågorna i teman för att få svar på det som jag ämnade undersöka.

Dessa teman blev:

1. Yrkesroll,
2. Handlingsutrymme,
3. Samverkan.

Den inledande kontakten togs via telefon. För att komma i kontakt med handläggare så skickade handläggansvariga på kommunen ut en förfrågan till sina handläggare om någon kunde tänka sig att delta.

Alla intervjuer tog plats på intervjupersonernas arbetsplatser. Enligt Trost bör intervjuer genomföras på två sätt, antingen i en homogen och av forskaren kontrollerbar miljö, eller som alternativ nummer två där miljön bör vara en plats som de intervjuade känner sig trygga i (2010). Eftersom jag inte kunde tillgodose en homogen och kontrollerbar miljö så blev det naturliga valet att intervjuerna utfördes enligt alternativ nummer två.

Det materialet som användes under intervjuerna var block och penna för anteckningar samt att röstupptagningen/inspelningen utfördes på författarens mobiltelefon, vilket i förväg godkändes av intervjupersonerna (Vetenskapsrådet, 2011).

Efter att alla intervjuer var genomförda började arbetet med transkribering. När transkriberingarna omsider var slutförda kunde en djupare tematisering utföras med koppling till studiens syfte och frågeställningar.

6.4 Analysprocess

Trost beskriver i sin bok "Kvalitativa intervjuer" att analysprocessen sker i tre steg. Det första steget är insamlandet av empirin, det andra steget är att analysera empirin för att slutligen komma till det tredje steget vilket är att tolka den analyserade empirin (2010). Trost framhäver att det inte finns något "rätt" eller "fel" sätt att kategorisera empirin så länge man är konsekvent och har god forskningssed i åtanke (2010).

Under rubriken "tillvägagångssätt" har jag beskrivit hur insamlandet av empirin gick till vilket tar oss vidare till steg två i analysprocessen nämligen själva analysen. Efter transkriberingen och upprepade genomläsningar så började jag färgkoda utsagor från intervjupersonerna som var gränsöverskridande. Även om det övergripande ämnet var samverkan så framkom det att fanns fem gemensamma teman som togs upp. Dessa teman fick olika färger tilldelat sig vilket underlättade kategoriseringen. Färgerna och deras teman blev som följande;

1. Styrning och ekonomi - Grön
2. Förståelse och kommunikation - Blå
3. Ansvarsområden och lagrum - Röd
4. Individinsatser och personal - Orange

Nästa steg i analysprocessen blev att sammanföra alla färgkodade utsagor med varandra så att jag hade ett separat dokument för varje tematisering. Detta hjälpte mig som undersökare att tydligt se likheter och skillnader mellan de olika instanserna och utsagorna. Trost framhäver att det är av betydelse att skala ned empirin för att kunna få en tillförlitlig tolkning av denna (2010).

En viss omskrivning av materialet har tagit plats både för att skydda intervjupersonernas anonymitet enligt god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2011) och för att omvandla talspråk till skrivspråk. Detta innebär att uttryck som "mm", "euh" och "asså" antingen har tagits bort eller omvandlats, exempelvis blir "asså" istället "alltså".

För att sedan kunna tolka den analyserade empirin så fick jag växelverkande pendla fram och tillbaka mellan min empiri, tidigare forskning och undersökningens teorier. Detta är en process som fick vara levande under hela arbetets gång.

6.4.1 Analysmetod

Den analysmetod som beskrivs i analysprocessen kan betecknas som *kvalitativ textanalys* (Esaiasson, Gilljam, & Oscarsson, 2012). I en kvalitativ textanalys letar man efter det väsentliga i intervjuerna som man har transkriberat och således har hanterat i textform. Man granskar helheten i en text och arbetar sedan intensivt samt repetitivt för att hitta de centrala delarna i texten (Esaiasson, Gilljam, & Oscarsson, 2012; Trost, 2010). Ett sätt att utföra en kvalitativ textanalys är att logiskt ordna innehållet i de olika texterna för att få fram analyserbara samt överblickbara kategorier (Esaiasson, Gilljam, & Oscarsson, 2012). Detta tillvägagångssätt beskrivs i analysprocessen i denna uppsats.

6.5 Sökningsprocessen av tidigare forskning

När sökning inleddes för att granska kunskapsläget inom det utvalda fältet så användes SöderScholar. Sökområdet var demens och samverkan. För att utöka sökradien utfördes även en sökning i Stockholms universitets biblioteksdatabas.

Vid en sökning med sökordet ”demens” inom texter skrivna på svenska och engelska så blev resultatet i SöderScholar 49 stycken avhandlingar. Motsvarande sökning i Stockholms universitets databaser resulterade i 2945 stycken allmänna träffar, detta efter att sökområdet hade begränsats av att det enbart skulle innehålla träffar på ämnet demens mellan åren 2000-2017 samt att texterna hade genomgått en peer review.

Sökorden som användes på svenska var; Demens, demenssjukdom, samverkan, handlingsutrymme, landstinget och kommunal.

Sökorden som användes på engelska var; Dementia, education, care, municipality, home and professionals.

I SöderScholar gjordes en ämnesöversikt på rubrikerna av de 49 doktorsavhandlingarna för att försöka upprätta en överblickbarhet för att slutligen läsa de relevanta texter som uppkom. Samma sortering skedde Stockholms universitets databas. Resultatet av sökningen utvecklades slutligen till

fyra stycken rapporter och forskningar som har anknytningar till denna studies frågeställningar och syfte samtidigt som det ämnar presentera en möjlig överblick på en kunskapssammanställning. Vid sökning om samverkan och demens fanns det enbart en forskning som fokuserade på detta inom vald disciplin (demens). Detta medförde att gränsöverskridande forskning om samverkan blev fokus och då inom discipliner som äldreomsorg, fysisk och psykisk hälsa samt samverkan mellan kommun och landsting i allmänhet.

6.6 Metoddiskussion

Trost skriver i sin bok *Kvalitativa intervjuer* (2010) att vi använder oss av symboler när vi interagerar med andra människor. Detta innebär att det inte bara är orden vi uttalar som påverkar situationen utan även röstläge, kroppsspråk och tankar som kan förmedlas till intervjupersonen både på ett medvetet och undermedvetet plan (Trost, 2010).

Eftersom jag har en personlig koppling till ämnet har jag medvetet försökt granska mig själv kontinuerligt för att hålla mig objektiv så att de personer jag intervjuar inte skulle riskera påverkas vare sig positivt eller negativt.

6.7 Etiska överväganden

Jag har granskat och tagit till mig Vetenskapsrådets rapportserie *God forskningssed* (2011). Denna rapportserie beskriver de etiska överväganden som varje undersökare bör rätta sig efter för att en studie ska genomföras korrekt. Etiska aspekter är viktiga i alla undersökningar, men kanske speciellt i kvalitativa undersökningar eftersom man ofta har få informanter och dessa ger mycket av sig själva. Man måste försäkra sig om att informanterna inte kan identifieras och att de inte riskerar att lida någon skada av studien, detta kan ibland medföra att man inte kan publicera allt som sagts. Man måste också respektera om informanten själv säger att man inte får använda vissa delar av det som sagts (Vetenskapsrådet, 2011). Jag som undersökare har tillämpat detta genom att alla intervjuer är konfidentiella och allt intervjumaterial enbart har hanterats av mig personligen och förstörs efter uppsatsen avslut. Alla intervjupersonernas utsagor har modifierats från talspråk till skriftspråk samt att innehållet har granskats och ändrats om något som sagts riskerar att ge ledtrådar till vem som har sagt det.

Som alltid ska man vara ärlig och öppen kring sin undersökning. Allt deltagande är frivilligt och informanterna måste ge sin tillåtelse efter noggrann information. Informationen ges helst skriftligt i god tid innan undersökningen startar vilket i denna studie innebar att intervjupersonerna fick

uppgifterna en vecka innan inbokad intervju. Informationsbrevet bör innehålla: vem man är, vad syftet är med intervjuerna/undersökningen, att resultatet ska behandlas konfidentiellt, att det är frivilligt att delta och han/hon kan avbryta när som helst, vem han/hon kan kontakta om han/hon undrar något, hur resultaten ska publiceras/användas (Vetenskapsrådet, 2011). All denna information fick intervjupersonerna innan utsatts intervju per mail. Informationen som skickades till dem finns i bilagorna 1 och 2. Man bör även gärna erbjuda informanten att få ta del av resultaten i någon form, detta utfördes dock muntligt vid intervjutillfället.

6.8 Uppsatsens trovärdighet

Inom kvalitativ forskning kan vissa aspekter av trovärdighet behöva belysas på ett annorlunda sätt än i kvantitativ forskning menar Trost (2010). Man brukar tala om tre kriterier när man bedömer en studies trovärdighet, dessa kriterier är som följande *reliabilitet*, *validitet* och *generaliserbarhet* (Ahrne & Svensson, 2015). Enligt Trost härstammar kriterier som reliabilitet och validitet från kvantitativ forskning där man ofta mäter något eller exempelvis har bestämda siffror samt standardiserade svar, detta är i många fall inte omständigheterna med kvalitativa forskningar. Därför menar Trost att man ska lägga större vikt vid trovärdighet och i viss mån generaliserbarhet (2010).

Denna uppsats fokuserar på enskilda professionellas beskrivningar av samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer vilket medför att resultatet centrerar kring specifikt dessa individers beskrivningar. Detta innebär att man kanske får fram andra utsagor om man har andra medverkande. Dock baserat på intervjupersonernas utsagor så hänvisar dessa att det de förmedlar är kompatibelt med varandra oberoende av arbetsplats vilket kan indikera på en möjlig generaliserbarhet över instansgränserna. Liknande resultat finns även att återfinna i den tidigare forskningen som har presenterats i denna uppsats vilket Ahrne och Svensson hänvisar till som underlag för en högre grad av både generaliserbarhet och trovärdighet (2015). Något som även indikerar denna uppsats trovärdighet är transparensen i det förmedlade materialet, Jag har försökt ge en grundlig förklaring till varje del i uppsatsen och även motiverat varför just den delen är vital för uppsatsens syfte och frågeställningar (Ahrne & Svensson, 2015). För att öka transparensen har jag även ämnat inte påverka empirin på grund av min egen förförståelse eller åsikt (Trost, 2010). Om en undersökning är tillräckligt transparent så kan läsaren själv bedöma trovärdigheten (Trost, 2010).

7 Resultat

I detta avsnitt presenteras resultatet av den insamlade empirin. Presentationen delas in under fyra kategorier som överensstämmer med uppsatsens syfte och frågeställningar. Dessa fyra kategorier är som följande;

1. Styrning och ekonomi.
2. Förståelse och kommunikation.
3. Ansvarsområden och lagrum.
4. Individinsatser och personal.

7.1 Styrning och ekonomi

Styrning och ekonomi var ett ämne som återkom under studiens gång och då speciellt från intervjupersonernas sida. Intervjupersonerna tog upp detta ämne som en vital del i samverkansprocessen. För att förtydliga dessa områden gjordes en ytterligare uppdelning under rubriken ”styrning och ekonomi”. Den första uppdelningen fokuserar på styrning som i detta fall centrerar kring beslutsfattningskedjan och samverkansdokumenten. Den andra fokuserar på den ekonomiska delen av styrning, där exempelvis avdelningens budget kan hamna i dikotomi med gruppens önskemål kring hur samverkan och genomförande insatser ska aktualiseras.

7.1.1 Styrning.

Vid följdfrågor om varför samverkan är hållbar eller brister så kunde det markant skilja sig åt vem som svarade på frågan. Anhörigkonsulenten och samverkansansvarig på den tillfrågade kommunen ansåg att den bilden som framträdde för henne/honom var positiv och vid frågan om varför det fungerade så pass bra svarade hen följande;

”[...] därför att vi har en socialnämnd som tror på vad vi gör och bra chefer som också förstår vad det handlar om.”

Detta svar tyder på att intervjupersonen verkar ha en hög tilltro till det styrande organet inom socialt arbete. Hens svar indikerar att hen anser att den vertikala samverkan som Axelsson och Axelsson Bihari beskriver fungerar på ett tillfredställande sätt då socialnämnden och hens chefer som har bestämmanderätt över organisationen uppvisar förståelse för vad verksamheten behöver (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Vidare kan detta innebära ett ökat handlingsutrymme för anhörigkonsulenterna då denna inte känner sig begränsad som mellanplansaktör på grund av den beskrivna tilltron som hen har från högre ort (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Från landstingets håll informerade en intervjuperson som arbetar som kurator att det kan skapa en viss problematik för denne när hen upplever att det inte riktigt fungerar med styrning från högre ort:

[...] ja, det skulle vara jättebra om det fanns gränsöverskridande samarbete och att det inte ligger på kuratorn att ordna allt. Kuratorn ska ju främst vara som stöd för alla runt personen eller personen själv vare sig det är demens eller inte och hjälpa till samt vara lite spindeln i nätet men inte ta hand om allt. Det känns om att det ska ligga lite högre upp.

Kuratorn från landstinget förmedlar att mycket av samverkansarbetet hamnar på dennes bord och att detta är något som helst borde skötas från högre ort så att hen istället skulle kunna fokusera på hennes/hans faktiska uppgifter som stödperson. Detta indikerar att intervjupersonen istället upplever den vertikala samverkan som bristande och att den *övergripande* samverkansnivån suddas ut då hens yrkesposition inte får en tydlig funktion utan måste inta en flytande arbetsroll utöver vad som tillskrivs hens yrkeskategori (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014). Här ser man hur kurators handlingsutrymme blir påverkat när det brister i styrningen från högre ort. Hen hamnar i kläm som mellanplansaktör och måste själv göra avvägningar vad hen ska prioritera mellan brukarens behov och administrativa uppgifter (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014). Kurators främsta roll är att stötta och kommunicera med brukare och dess anhöriga men när denne inte kan fokusera på sin yrkesroll så påverkas en viktig aspekt av samverkan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

7.1.2 Ekonomi

Intervjupersonerna tog upp den ekonomiska aspekten som ett hinder för både samverkan och att kunna erbjuda en så adekvat vård som möjligt när det kom till individer som diagnostiserats med demens och deras anhöriga.

Anhörigkonsulenten på den tillfrågade kommunen presenterade ett av deras sätt att hantera den ekonomiska problematiken;

Tack vare att vi samarbetar med (frivillig organisation) att erbjuda så mycket mer än bara grupper och samtal. Vi har en bussresa varje år och delar på kostnaderna [...]

Ovanstående citat illustrerar hur enskilda individers initiativ på respektive organisation och område har gått samman och skapat en möjlighet för ökad samverkan och förståelse mellan denna specifika kommun och en frivillig organisation. Detta ger en bild av ett genomförande av det som Axelsson och Axelsson Bihar kallar *horisontell samverkan* (2007). Enskilda aktörer från olika instanser samarbetar frivilligt för att nå ett gemensamt mål utan påtryckningar eller stöd från högre ort

(Axelsson & Bihari Axelsson, 2007). Genom att utföra gemensamma utbildningsresor så ökar de inblandades handlingsutrymme genom både informell- och formell kunskap då de både kan lära sig av varandra och gå utbildningar tillsammans (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Kuratoren från landstinget framhäver att samverkan mellan de olika instanserna försvåras på grund av ekonomiska motsättningar;

Vad som hindrar samverkan är lite svårt att säga, spontant säger jag makt. Vem tar kostanden för personen, landsting eller kommun och folk hamnar mellan stolarna i det läget ibland. Jag är förvånad över hur mycket ansvar landstinget tar. När kommunen ger avslag på något så behåller de (landsting) ändå personen om de anser den behöver det fastän kommunen har det yttersta ansvaret. Men när de sviker, och det händer ibland, då har jag märkt att landstinget rycker in och behåller personen ändå och det tycker jag är jättefint. Medan jag då jobbar vidare med att försöka övertyga att kommunen att ändå hjälpa personen framöver. Men det blir en tung kostnad för landstinget. Det borde vara någon form av gemensam budget.

Kuratoren betonar att man kan se den ekonomiska aspekten ur ett maktperspektiv och att det således kan uppkomma slitningar mellan de olika instanserna. Detta uttalande sammanfaller med Ambrose-Miller och Ashcrofts tema med *power dynamics* då de olika instansernas maktkamp verkar skapa problematik för ansvarstagandet (2016). Vidare poängterar dock kuratorn att medmänskliga aspekter ändå är närvarande och att man ständigt arbetar för att möjliga slitningar mellan de olika instanserna inte ska påverka den hypotetiska brukaren/personen som diagnostiserats med demens negativt. Kuratorn lägger fram en tänkbar lösning på problemet genom att föreslå att de olika instanserna på något sätt skulle inskaffa en gemensam budget. Genom att genomföra en gemensam budget skulle maktperspektivet minska och samverkan skulle följaktligen öka. Österström tar i sin forskning upp problematiken med att resurser är så pass centralt och att kommunens resurser avgör om brukare kan få den vård som de behöver (2007). Vården kan därför skiljas åt markant beroende på vilken kommun brukaren är bosatt i och hur resurserna ser ut i sagda kommun (Österström, 2007).

Kuratoren fortsätter sedan med att kombinera den ekonomiska aspekten med styrning från högre ort;

[...] vad det egentligen alltid kommer ned till är att det fattas pengar för både kommun och landsting, där ska det satsas mer tycker jag men det satsas någon annanstans. [...]

Styrning och ekonomi inom samverkan är aspekter som enligt Axelsson & Bihari Axelsson (2007) kallas för vertikal samverkan. Detta innebär att det finns en hierarkisk ordning eller

bestämmanderätt som påverkar professionella inom demensvårds handlingsutrymme. Deras handlingsutrymme, vilket i sin essens är vad de själva aktivt kan företa sig, påverkas av de ramar som de måste verka inom. Detta kan röra sig om lagar eller politiska beslut som kuratorn i detta fall tar upp som ett hinder för den ekonomiska friheten att exempelvis godkänna stödinsatser samt hur dessa stödinsatser ser ut (Axelsson och Bihari Axelsson 2007).

7.2 Förståelse och kommunikation

För att samverkan mellan olika parter ska fungera på bästa sätt så behövs det en kontinuerlig kommunikation och förståelse för den uppgift man ska upprätta samverkan kring.

7.2.1 Förståelse

Förståelse i detta fall handlar om kommun och landstingets kunskap för varandras tillvägagångssätt och hur detta påverkar samverkan.

Kuratorn från landstinget analyserade sin egen position och det faktum att hen tidigare arbetat kommunalt innan hen trädde in i sin roll som kurator.

[...] jag har väl aldrig förstått varför inte man kan samarbeta bättre. Vare sig jag jobbar i kommun eller landsting så är det ingen skillnad, jag jobbar alltid som socialarbetare någonstans. Men som biståndshandläggare har jag mött kollegor som har varit väldigt skeptiska mot landstinget och som kurator märker jag vilket motstånd det kan vara från biståndshandläggare. Jag tycker man jobbar upp relationerna och till slut så går det bättre men det är inte tillräckligt bra.

I ovanstående utsaga diskuterar kuratorn problematiken med samverkan mellan kommun och landsting när det kommer till motsättningar som hen har upplevt under sitt yrkesliv. Detta menar hen försämrar samverkan då det verkar kunna utvecklas grupperingar mot varandra (kommun mot landsting och vice versa) istället för att arbeta tillsammans i ett gemensamt mål. Genom detta uttalande kan man dra paralleller till Ambrose-Miller och Ashcrofts tema om *Collaborative Culture*. Det verkar finnas strukturer som påverkar samverkanskulturen negativt och uppvisar en möjlig avsaknad av uppmuntran, värdering och stöd när det kommer till samverkan mellan de olika instanserna (2016).

Det som framkommer av det som intervjupersonen förmedlar är att detta hinder är något som förbättras genom fortgående relationer och att det över tid byggs upp en tillit mellan de sagda individerna snarare än instanserna i sig. Även här kan man urskilja en annan tematisering som Ambrose-Miller och Ashcroft använde sig av nämligen *Role clarification*. Genom att individer

arbetar aktivt för samverkan så kan en samlokalisering uppstå som bidrar till bättre samverkan då man utbyter information mellan individer istället för instanser.

Arbetsterapeuten från en intresseorganisation lyfte fram hur viktigt det är för den som diagnostiserats med demens och dess anhöriga att både kommun och landsting har likvärdig förståelse för sjukdomen i sig.

Ja man bör fånga folk direkt från minnesmottagningen men lite special då för personer med frontallobsdemens. Där får man mer rikta sig till anhöriga eftersom det oftast inte finns den egna sjukdomsinsikten som med de andra diagnosgrupperna alzheimer, lewy body, vaskulär [...]

Arbetsterapeuten ville poängtera när det kommer till förståelse är att sjukdomen demens är en komplex diagnos och de insatser som är nödvändiga skiljer sig markant åt beroende på vilken diagnos av demens som den insjuknade har. Detta innebär att ansvaret för vård kan differentiera avsevärt och därför är det viktigt att kommun och landsting har en gemensam och fortgående förståelse för den som diagnostiserats med demens. Detta kan man koppla till Døhl, Garåsen, Kalseth och Magnussen forskning att man lägger fokus på fysiska nedsättningarna som kan tillkomma en sjukdom än de psykiska och på så sätt riskerar att missa de aspekter som skiljer diagnoserna åt (2016). Har man som professionell inte tillräckligt med formell kunskap och förståelse om sjukdomen så hindrar detta effektivt handlingsutrymmet för sagda yrkesperson då den kan få svårt att bistå med adekvata insatser (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Samme intervjuperson understryker hur viktigt det är att fånga upp personer som diagnostiserats med demens snabbt, helst direkt efter att diagnos har satts. För att lyckas med detta krävs det en välfungerande intersektoriell samverkan mellan kommun och landsting så att insatser och vård kan kombineras för att få bästa resultat (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

7.2.2 Kommunikation

Kommunikation är en av grundstenarna för en hållbar samverkan. När en individ diagnostiseras med demens är det många instanser som berörs. Det kan vara allt från statliga myndigheter, landsting, kommun, intresseorganisationer och egentligen alla områden som påverkas av att en individ insjuknar detta inkluderar även kommunikation med anhöriga.

För att illustrera några av alla kontakter som måste omhändertas kommer följande ett utdrag från kuratorn på landstinget;

[...]man ta precis allt då blir det kontakter med alla myndigheter, kronofogden, hyresvärdar, socialtjänsten ekonomi, biståndshandläggare, funk eller äldreomsorgen beroende på åldern, alla möjliga instanser. Då gäller det att man går åt samma håll och det är alltför ofta man inte gör det.

Chefssjuksköterska på landstinget anser att kommunikationen mellan kommun och landstinget är bristfällig och beskriver att mycket skulle kunna förbättras om man arbetade under samma tak;

Ja kommun och landsting i samma byggnad. Det viktigaste är kontakten och kommunikationen och att man kan få tag på varandra.

Ett samverkansprojekt som vi håller på med nu, mellan kommun och oss. Nu missade jag det mötet för att vi har så lite personal här så jag väntar på protokollet.

Av ovanstående utdrag framkommer även hur brist på personal kan skapa problem för verksamheten. Vid tillfället för intervjun var några ur personalen sjuka vilket ledde till att chefssjuksköterskan och samverkansansvarig på arbetsplatsen inte kunde närvara vid ett möte om just samverkan. Detta är ett problem som även Österström får fram i sin forskning. När det brister i personalstyrkan så påverkar det verksamheten (2007). Att hen missade detta möte på grund av personalbrist innebar även att hen gick miste om formell kunskap som hade kunnat vara viktig för framtida samverkansprojekt och hindras därmed att utöka sitt eget handlingsutrymme (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Samverkan och kommunikation uppfattades på olika sätt beroende på vem av de fem intervjupersonerna som man frågade. Biståndshandläggaren på den tillfrågade kommunen beskriver samverkan och kommunikation på följande sätt;

Det finns inte jättemycket. Oftast är det så att samverkan kanske inte är hundra procent jättebra. De kan ha lite olika infallsvinklar.

Ovanstående utdrag kan belysa en kommunikationsbrist mellan biståndshandläggaren på kommunen och vårdgivande instanser på landstinget. Biståndshandläggaren i detta fall uppmärksammar att det kan uppkomma hinder när de olika instanserna som har ansvar för vård och stöd av personen med en demensdiagnos har olika infallsvinklar och bedömningsverktyg för vad som behöver göras. Lund beskriver i sin rapport att de olika prioriteringsrangordningarna som respektive instans arbetar efter och att det kan bli problem i de vertikala prioriteringarna när det uppkommer kommunikationsbrister (2010).

Trots att samma biståndshandläggare har vissa betänkligheter kring samverkan och beskriver att det inte riktigt funkar så fortsätter hen med;

Jag har mycket kontakt med demenssjuksköterskan eller demenssamordnaren som kan vara med på hembesök och som också kan handleda en lite grann i hur man ska tänka. Sen har vi ärendedragningar i vår grupp. Då tar man upp svåra saker och brukar få ganska mycket stöttning där om hur man ska tänka med folk som har jobbat lite längre.

Här understryker biståndshandläggaren ändå att hen har en stadig kontakt med professionella från landstinget som hen kan vända sig till med frågor. Det som dock framhävs som det viktigaste är kommunikationen mellan arbetskamrater på den egna arbetsplatsen och då speciellt med de som har en längre erfarenhet i området. Detta beskriver hur biståndshandläggaren kan finna stöd hos arbetskamrater som har längre arbetslivserfarenhet och kan därför bidra med en ökat informell kunskap för att bistå en nyare kollega att expandera sitt handlingsutrymme (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

Vidare beskriver biståndshandläggaren att hen upplevde en starkare och bättre samverkan på dennes tidigare arbetsplats och att hen trodde att detta berodde på att kommun och landsting arbetade under samma tak och att detta underlättade kommunikationen mellan de båda institutionerna;

Ja precis och där utbytte man lite mer information med varandra på ett sätt. Men vi satt ju i samma lokaler i princip så det är lite annorlunda.

På samma vis analyserar chefsjuksköterskan och samverkansansvarige på landstinget att kommunikation kan vara nyckeln till en fungerande samverkan;

[...] Det här att man kan få tag på varandra och det är så otroligt viktigt så det underlättar jättemycket och så vet de om i det här programmet så står det hur vi jobbar och vad som krävs från vårdcentralen till exempel så innan vi också vet då kan de läsa hur utredning går till och sen hur de kan kontakta oss.

När frågan ställs hur kommunikationen ser ut med intresseorganisationer svarar ovanstående intervjuperson detta;

frivilliga organisationer har vi inte så mycket kontakt med men exempelvis demensförbundet kommer till oss för team-möte för att vi vill att de ska berätta lite och vi har kontakt med olika grupper som har mötesplatser [...]

Arbetsterapeuten berättar att många anhöriga hör av sig till den intresseorganisationen som hen arbetar på för att de inte känner att de kunnat få kommunikation och information från varken landstinget eller kommunen. Hen berättar att de vanligaste frågorna som ställs är följande;

Vad kan jag få för hjälp! Var man ska vända sig och det är inte tydligt, det finns anhörigkonsulenter men det är inte heller klockrent för dem. Speciellt den här gruppen som är i gränslandet 60-65. Innan man har fyllt 65 och precis efter. Det är jättesvårt att veta vad som finns, vilka exakta stödåtgärder, dagverksamheter eller boende. Där behövs det mycket information. Det är också en färskvara vilka ställen som är bra. Det är svårt för många kanske får sluta jobba. Helt plötsligt så går det inte på jobbet och sen går det inte hemma och sen är det lätt att man faller mellan stolarna.

Ovanstående uttalande kan kopplas till vad som kan hända om det som Svensson, Johnsson och Laanements kallar *specifika samverkan* inte fungerar (2014). I en fungerande *specifika samverkan* så finns det tydliga arbetsroller som rör specifika ändamål, i detta fall rör det sig om kommunikation till anhöriga och brukare om vilken hjälp de kan få. Larsson och Nohrstedt poängterar att kommunikation är nyckeln till att samverkan fungerar (2012). I detta fall verkar det som om kommunikationen mellan instanser och brukare samt deras anhöriga brister vilket kan påverka handlingsutrymmet för alla inblandade parter.

7.3 Ansvarsområden och lagrum

Landstinget och kommunen arbetar efter olika lagar. Landstinget rättar sig efter HsL och kommunen följer SoL och Lss. Detta kan innebära att de har olika syn på hur man bäst ska bistå med vård och stöd för den drabbade individen/individerna. Att situationen ser ut på detta sätt gör att det är en viktig del i samverkan och hur samverkan påverkas beroende på hur de olika lagarna påverkar handlingsutrymmet.

7.3.1 Ansvarsområden

Landstinget ansvarar i första hand för att diagnostisera individen som misstänks insjukna i demens. Detta inkluderar att starta en medicinsk utredning för att se om individen har en demenssjukdom och om denna specifika demenssjukdom kan behandlas medicinskt med exempelvis symptomdämpande preparat eller andra vårdinsatser som rör individen fysiska hälsa (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2012).

Kommunen ansvarar för att bistå individen och dess anhöriga med stöd som i så stor utsträckning det går möjliggör för individen att kunna ha ett normalt liv och då i första hand i hemmamiljö (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2012).

Chefssjuksköterskan på landstinget uppger om deras ansvarområde samt hur länge deras tidsbestämda ansvar varar;

De patienter som utreds och får en diagnos som går att behandla med ett läkemedel de följer vi i ungefär ett år. Sen ska de gå tillbaka till vårdcentralen och under det här året har vi framför allt kontakt med distriktssköterskorna som går hem och delar dosetten och meddelar medicinändringar och kanske upptäcker vi någonting när patienten är här på besök.

Biståndshandläggaren från kommunen tar i sin tur upp problematiken med ansvarsområden;

Det har negativa sidor också just när det gäller demens så är det bra med ett nära samarbete med primärvården. Samtidigt så blir det rättsosäkert, det är många andra som lägger sig i vad man ska bevilja och inte. Men jag tycker att det borde gå bra att få till den typen av samverkan ändå även om man har olika huvudmän. Om vi behöver få med oss en distriktssjuksköterska på ett hembesök så brukar de inte säga nej. Sitter man bara ner tillsammans och klargör vem som har vilket ansvarsområde [...]

Ovan beskriver biståndshandläggaren att hen upplever att det kan hindra samverkan om man går in i varandras områden för mycket. Hen uttrycker att det måste vara tydliga ansvarsområden och att varken representanten från kommun eller landsting lägger sig i de beslut som respektive instans har ansvar över. Här illustreras det vikten av en fungerande *övergripande samverkan*. Om professionella både från kommunen och även landstinget har etablerade strukturer som instruerar vilken av instanserna som har bestämmanderätt över ansvarsområden så får det samverkan att möjligtvis kunna flyta på bättre (Svensson, Johnsson, & Laanemets, 2014).

7.3.2 Lagrum

I denna underkategori i den valda tematiseringen kommer det att beskrivas vad intervjupersonerna har upplevt när det kommer till de olika lagarna och riktlinjerna samt hur det påverkar samverkan.

Vid frågan hur hen upplever att den rådande situationen ser ut mellan kommun och landsting när det kommer till att de arbetar efter olika lagar svarar chefssjuksköterska på detta vis;

Ja det är en het potatis, det har varit delegeringar när det gäller medicin, att dela från dosett, till patient till hemmet och nu ser man att hemtjänsten inte får betalt för det här extra och det är fler som säger att vi tänker inte göra det, för det är hälso- och sjukvårdsuppdrag.

Här ser vi en vårdinsats som kompliceras av att en individ behöver vård - och stödinsatser från både kommun och landstinget. Hemtjänsten har idag egentligen inte befogenhet att hantera, hjälpa och dela ut medicin till individer som behöver det i hemmet. Vidare i intervjun delger chefssjuksköterskan att hen anser att det skulle kunna bli oroande för en person som diagnostiserats med demens om det först anländer hemtjänstpersonal för att hjälpa till med de insatser som kommunen ansvarar för och sedan måste en ny person från landstinget komma för att hantera medicinen. Personalbrist och de olika ramverken försvårar här att personer med demens som behöver stabilitet och rutiner får en personcentrerad vård som tydligt specificeras i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017).

För att vidare belysa vissa slitningar som kan uppkomma mellan kommun och landstinget uttalade kuratorn från landstinget sig om maktperspektivet;

Det här med hur man skapar normer och det här med makt. Det är provocerande för en del tror jag att den ena eller den andra ska bestämma över den andra. Både läkarroll och myndighetsroll, ibland går man i kollisioner det är så mycket lagar och regler och jag tror att man måste säga att den makten inte är alltid menar något illa utan det är ju ofta lagar och riktlinjer som stoppar det.

Intervjupersonens utsaga pekar på att hen inte tror att slitningar och maktdemonstrationer uppkommer av illvilja utan snarare både av avstannade normer och skillnader i de olika instansernas lagrum samt arbetssätt. Detta kan kopplas till Lunds rapport då hon poängterar att de olika rättsliga ramverken som landstinget och kommuner arbetar under kan skapa motsättningar som är svåra att överkomma (Lund, 2010).

7.4 Individinsatser och personal

Något som har framgått under studien från de intervjuades upplevelse är att en stor del av ett lyckat samverkansarbete hänger på individinsatser och personalen i sig själva.

Arbetsterapeuten på en intresseorganisation förmedlar under intervjun att vård – och stödinsatser förlitar sig på att man kommer i kontakt med rätt personal och att man är bosatt i en kommun med resurser när man är i behov av hjälpen;

[...] ja det är jättestor skillnad tyvärr och inte bara skillnader på kommun utan individuella skillnader på vilken handläggare man får. Det handlar om kunskap hos den enskilde handläggaren [...]

Vidare adresserar hen en problematik med att chefer och samverkansansvariga kan anse att samverkan fungerar bra medan gräsrotsbyråkrater/biståndshandläggare som är några av dem som är i direkt kontakt med brukarna anser att samverkan inte fungerar så bra;

De som är på högre nivå kanske sitter och skriver det bara och allt är lätt på pappret men det ska ju utvärderas och funka i verkligheten också. Det kan verkligen vara ett hinder.

Om det som intervjupersonen förmedlar visar en rättvis bild av hur det ser ut inom landsting och kommun så öppnar det upp för en diskussion om samverkan borde ses över inte bara mellan kommun och landsting utan även inom institutionerna själva. Detta är ett bra exempel på komplexiteten med intersektoriell samverkan och att det krävs tillfredsställande genomförande på både på interprofessionell och interorganisatorisk nivå (Axelsson & Bihari Axelsson, 2007).

Anhörigkonsulenten och samverkansansvarige på kommunen uppger själv ha sin förklaring till varför hen anser att samverkan fungerar så pass bra på sin avdelning;

Därför att jag är här, mig sätter man sig inte på. Det handlar väldigt sällan om att man inte brinner för det man gör. Det är klart att det blir personbundet men det gör ju också att det blir kvalitet [...]

Hen menar att man måste brinna för det man gör och att det hänger på individen.

Chefssjuksköterskan och samverkansansvarige från landstinget förmedlar att hen anser att man behöver anställa fler människor för att både samverkan och vård ska genomföras på ett tillfredsställande sätt;

[...] Detta är helt min egen spekulation men jag tror att man kommer att behöva anställa fler undersköterskor på vårdcentralen som går hem och delar från dosett till patienten.

Hen vidareutvecklar hur situationen med personaltäthet påverkar arbetet inom vården;

Ja är alla på plats så funkar det men det är så slimmat att om en är borta blir det jobbigt. Det har även varit ett problem i hemtjänsten då att det blir olika som åker hem till demenspatienter och ibland även vikarier.

Det beskrivs det återkommande hur bristen på personal inom olika vårdyrken skapar problem med att leverera korrekt vård till de drabbade. Det kan tas upp att personalomsättningen är hög och att vikarier därför ofta används. Denna problematik är även något som Österström tar upp i sin

forskning som en motsättning för att man ska kunna erbjuda hållbart stöd och vård till brukare som är i behov av hjälp samt i förlängning även samverkan mellan olika instanser (2007).

8 Diskussion

I detta avsnitt kommer jag att diskutera empirin och delge en sammanfattning som även ämnar ge ett möjligt svar på uppsatsens frågeställningar samt en sammanställning av resultatet.

8.1 Diskussion

Syftet med denna uppsats var att undersöka hur professionella beskriver samverkan mellan kommun, landsting och intresseorganisationer. Vidare önskades det undersökas hur information delges till personer med demens och deras anhöriga. God samverkan är grunden för att god vård ska kunna erbjudas och detta är extra viktigt när det kommer till en så pass komplex sjukdom som demens med gränsöverskridande insatser från olika instanser. Som tidigare nämnt beskrivs demens som en anhörigsjukdom vilket innebär att anhöriga måste hantera förlusten av en närstående samtidigt som de ska manövrera alla beslut.

Resultatet i denna uppsats visar att det finns problematik mellan kommun och landsting när det kommer till samverkan först och främst på grund av att de olika lagrummen och riktlinjer inte är helt kompatibla med varandra. Men det är inte bara överordnade regler som motverkar samverkan utan även rivalitet och maktstrider mellan de olika instanserna. Det som däremot framkom av resultatet är att individinsatser är det som får samverkan att fungera och att man ständigt kämpar för att förbättra omständigheterna.

Metoden som jag har använt är adekvat för att få reda på hur professionella beskriver samverkan men den är begränsad. Resultatet kan i viss utsträckning enbart förmedla dessa fem utfrågades beskrivningar på ett hållbart sätt och kan vara svårt att göra en generalisering baserat på detta. Det som dock ger en indikation på generaliserbarhet är att den tidigare forskningen har liknande resultat. Detta kan dock förklaras med att liknande metoder har applicerats på dessa studier men med ett större urval och längre tidshorisont.

Denna uppsats är viktigt då det är ett outforskat ämne och antalet som diagnostiseras med demens ökar. Min uppsats kanske är liten i det stora hela men den kan ge upphov till att större och djupare studier genomförs.

8.2 Sammanfattning av diskussion och resultat

När samverkan upplevs som fungerande bygger detta enligt de tillfrågade till stor del på att det finns nyckelpersoner som beskrivs som eldsjälar som håller samverkan flytande. Dessa nyckelpersoner beskriver sig själva vara spindeln i nätet som genom arbetslivserfarenhet lyckats skapa sig kontakter både inom landsting, kommun och intresseorganisationer.

Intervjupersonerna poängterar att kommunikation är kärnan av en bra samverkan och resulterar i ett större handlingsutrymme för alla inblandade parter. Den önskan som förmedlades från representanterna från både kommun, landstinget samt intresseorganisationen var en ökad kommunikation och detta helst genom att kunna arbeta under samma tak. När det kom till att kommunicera information till brukare och dess anhöriga framkom det en brist om vilken instans som ska kommunicera om vad, samt vilka som har ansvaret för en fortgående informationsspridning. Detta resulterade enligt intervjuerna att brukare och dess anhöriga vänder sig till intresseorganisationer för att få hjälp.

Frågan jag anser att man dock kan ställa sig är denna; om många är överens om samma brister i systemet och forskning visar på att dessa måste förbättras, varför tar då förändring så lång tid. För att få en välfungerande samverkan så krävs det kanske en acceptabel samverkan i grunden som möjliggör för förbättring. Därför ser jag det som viktigt att kontinuerligt granska och undersöka hur samverkan ser ut i vårt samhälle och aldrig anta att den fungerar.

9 Förslag till vidare forskning

Denna undersökning är utförd på en liten skara människor som jobbar på få instanser i samhället, ett förslag till vidare forskning skulle därför vara att utföra den i större skala med fler instanser samt med ett högre antal deltagare. Forskning inom området demens behövs i allmänhet. Även om demens inte enbart drabbar äldre så är denna kategori av människor den vanligaste gruppen att diagnostiseras med sjukdomen. De flesta människor kommer en dag att kategoriseras som äldre vilket medför att denna grupp borde ha en högre prioritet.

Litteraturförteckning

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder* (2:a upplagan uppl.). Stockholm: Liber.
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & social work, 41*(2), ss. 101-109.
- Armanius Björilin, G. (2004). *Om demens: [klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad, konfusionstillstånd, genetik och biokemi, patologi, minnesfunktioner, vardagslivets aktiviteter, sexualitet och demens, frågor om tvång och självbestämmande, hälsoekonomi]* (2 [rev.] uppl.). Stockholm: Liber.
- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S. (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. (S. Bihari Axelsson, Red.) Lund: Studentlitteratur.
- Bergstrand, B., & Bäckman, T. (2013). *Socialtjänstlagen 2013*. Helsingborg: Komlitt.
- Edberg, A.-K. (2011). *Att möta personer med demens* (2 [helt omarbetad] uppl.). (A.-K. Edberg, Red.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., & Oscarsson, H. (2012). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad* (4 [rev.] uppl.). (L. Wängnerud, Red.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Forssell, A., & Ivarsson Westerberg, A. (2007). *Organisation från grunden* (1 uppl.). Malmö: Liber.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1 uppl.). (M. Henricson, Red.) Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., & Nohrstedt, L. (2012). *Samverkan: anhöriga och personal i Lss-verksamhet*. Helsingborg: Komlitt.
- Lund, K. (2010). *Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting: erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Landstinget i Östergötland. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Magnussen, J., Kalseth, J., Garåsen, H., & Døhl, Ø. (2016). Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality. *Health & social care in the community, 24*(3), ss. 297-308.
- Sahlin, J., & Gavelin, W. (2003). *Vad säger hälso- och sjukvårdslagen?* (Ny rev. 2004 uppl.). Stockholm: Gothia.
- Svensson, K., Johnsson, E., & Laanemets, L. (2014). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete* (1 uppl.). Stockholm: Natur & kultur.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4 [omarb.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wahlund, L., & Wimo, A. (2002). Om demens. *Assessing pain in persons with dementia: Relationships among the non-communicative patients pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations*. *Pain management nursing, 8* (2), ss. 77-85.
- Österström, S. (2007). *Om konsten att överbrygga gränser: en fallstudie om kommunal äldreomsorg och samspelet med andra organisationer*. Linköpings universitet. Linköping: Linköpings universitet.

Elektroniska källor och lagar

- Demensförbundet. (2018). *Demensförbundet*. Hämtat från Demensförbundet:
<http://www.demensforbundet.se> Januari 2018
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (2012). Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms Län, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden. (2012). Förslag till överenskommelse mellan landsting och kommuner i Stockholms län om vård och omsorg för personer med demens eller kognitiv svikt och stöd till deras anhöriga. Stockholm, Sverige.
- Socialdepartementet. (2003). DS 2003:47. *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Regeringskansliet.
- Socialdepartementet. (2017). SFS 1993:387. *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Regeringskansliet.
- Socialdepartementet. (2017). SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen 2001:453*. Regeringskansliet.
- Socialdepartementet. (2017). SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)*. Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenskt Demenscentrum. (den 14 6 2017). *Svenskt Demenscentrum*. Hämtat från Svenskt Demenscentrum: <http://www.demenscentrum.se>
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

1 Bilagor:

1.1 Informationsbrevet:



2016

Informationsbrev för intervjupersoner.

När individer diagnostiseras med demens så behövs det insatser från flera olika instanser. Dessa instanser såsom landsting och kommun distribuerar den vård som de med demens och dess anhöriga har tillgång till. För att ha möjlighet till att få en inblick i samverkansprocessen vore din medverkan och din kunskap en värdefull resurs, därför ombeds du att delta i en intervju.

Syftet är att undersöka dessa skeenden ur en yrkesprofessionells synvinkel.

Jag som utför studien går socionomprogrammet på Södertörn och kommer att använda materialet till min kandidatuppsats.

Dina uppgifter kommer att vara strikt konfidentiella allt efter god forskningssed. Din insats kommer att vara anonym och allt material såsom inspelning och anteckningar kommer att förstöras efter att studien är klar och betygsatt. Det inspelade materialet kommer endast hanteras av mig.

För att ha en möjlighet till ett flöde i samtalet under intervjun önskas ljudinspelning användas.

Du har möjlighet om du så önskar att läsa igenom ditt material efter sammanställningen samt studien i sin helhet och komma med synpunkter om du anser att det du sagt har feltolkats eller om du uppfattar brister i kommunikationen mellan intervjuare och dig.

Om dessa punkter är oacceptabla är du välkommen att höra av dig. Detsamma gäller om några frågor om studien skulle uppstå.

Med vänliga hälsningar

Maja Stenskog

Tfn: 07*****

Handledare: *****

Södertörns högskola.

1.2 Intervjuguide:

Tema 1: yrkesroll.

- Titel
- Vad gör du nu? (Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?)
- Vilken utbildning har du inom demensvård?
- Hur länge har du varit yrkesverksam?
- Vilka är dina ansvarsområden när det kommer till individer med demens och deras anhöriga?

Tema 2: handlingsutrymme.

- Vilka är de vanligaste utmaningar som du stöter på i mötet med individer med demens och deras anhöriga?
- Hur hanterar du de utmaningarna?
- Vilket handlingsutrymme har du till att påverka din och dina kollegors kompetensutveckling på arbetsplatsen?
- Vilka insatser kan du besluta/genomföra för en person med demens eller dess anhöriga?
- Hur anser du att läget ser ut för anhörigstöd och möjligheten till kompetensutveckling?
- Ser du några brister eller områden som behöver förbättras när det kommer till anhörigstöd och kompetensutveckling?

Tema 3: Samverkan.

- Beskriv hur samverkan mellan landsting, intresseorganisationer och kommun ser ut när det kommer till utbildningar för professionella inom demens och anhörigstöd.