

**Sammanhållet stöd till personer med psykisk
funktionsnedsättning, finns det?**

**En intervjustudie med brukare och personal
i Kalmar Län**

*”Var och en har sitt, de har sin bit, här gör vi vårt, hit till den här
gränsen, sedan lämnar vi över”*

Eva Söderberg
Christer Gustafsson
Kalmar län 2009

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Inledning	4
Bakgrund.....	4
Avgränsning	4
Frågor och målgrupp för projektet.....	4
Metod och analys	5
Resultat	6
Formalia och strukturer.....	6
Ekonomi och kortsiktighet.....	9
Attityder och statuskillnader	11
Stuprörsmodellen styr	12
Diskussion utifrån slutsatser	16
Slutord.....	21
Referenser	
Bilaga 1	
Bilaga 2	

Sammanfattning

En intervjustudie med brukare och personal har genomförts i Kalmar län över hur samverkan fungerar för personer med psykisk funktionsnedsättning som behöver vård och stöd. Projektet startade under hösten 2008 och slutfördes under år 2009. Enligt slutbetänkande från Nationell Psykiatrisamordning finns det stora brister i samverkan mellan landsting och kommun för att ge den enskilde ett heltäckande och sammanhållet stöd. Det gäller särskilt i de situationer där individens behov av vård och stöd förutsätter ett gemensamt ansvarstagande. Kalmar län avviker inte ifrån den nationella bilden enligt vår undersökning.

I projektet har brukare och personal från landsting och kommun deltagit. Inom några återkommande områden i intervjuerna framkommer hinder och möjligheter för samverkan. Samverkansprocessen har till syfte att ge brukaren vård och stödinsatser som han/hon har behov av. Dessa hinder och möjligheter har sammanfattats till följande slutsatser över vad som behövs:

- En *gemensam modell* för samverkan där brukaren har den centrala rollen.
- *En person* som tar helhetsansvar och samordnar för brukaren.
- Kommun och landsting som tar ett tydligt gemensamt ansvar genom *långsiktig* samverkan.
- *Dialog* och kunskap om vad som är gemensamt och vad som skiljer för att nå mervärdet av samverkan

Inledning

Under de senaste decennierna har stora reformer inom psykiatriområdet genomförts. Förändringarna har inneburit en minskning av antalet institutioner och vårdplatser. Samtidigt har öppenvårdsinsatser och annat samhällsstöd utvecklats. År 1995 kom Psykiatrireformen. Ansvarsgränser förtydligades men betydande svårigheter i långsiktig samverkan mellan huvudmännen finns kvar enligt Nationell Psykiatrisamordning¹

Bakgrund

År 2007 tecknades avtal mellan kommunerna och landstinget i Kalmar län om att genomföra olika projekt inom ramen för Miltonsatsningen. Ett av dessa projekt är det här med titeln en ”Hållbar modell för sammanhållet stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning.”

Projektets syfte är att utveckla en modell för samverkan mellan landstinget och respektive kommun i länet och med brukarorganisationernas medverkan. Tanken är att åstadkomma ett långsiktigt och hållbart samarbete. Modellen skall omfatta alla delar i samverkansprocessen och alla nivåer i beslutshierarkin. Målet är att samverkan ska leda till att personer med stora och komplexa vård- och stödbehov får ett mer heltäckande och sammanhållet stöd.

Avgränsning

Den här studien har avgränsats till en inventering av hinder och möjligheter för samverkan inom psykiatriområdet i Kalmar län. En samverkansprocess som har till syfte att ge brukaren vård och stödinsatser som han/hon har behov av. En annan avgränsning är aktörerna som ger vård och stödinsatser till brukaren, det vill säga kommun och landsting.

Frågor och målgrupp för projektet

Initialt ställdes två frågor som önskades svar på när projektet var genomfört:

1. Hur kan berörda huvudmän arbeta tillsammans för att ge den enskilde brukaren ett mer heltäckande och sammanhållet stöd?
2. Vad behöver göras för att samverkansprocessen skall fungera bättre?

Målgruppen för samordnat stöd är vuxna personer 16 år och äldre med psykisk funktionsnedsättning. En person har psykisk funktionsnedsättning om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid (minst ett år). Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning.

¹ Ambition och ansvar, Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100)

Metod och analys

Vi har valt en kvalitativ metod för att få ett brett perspektiv och kunskap om samverkansprocessen inom psykiatriområdet i Kalmar län. Metoden för insamling av data är intervjuer enskilt och i grupp med brukare och personal i respektive kommun och sjukvårdsområde. Baspersonal är den största gruppen till antalet i intervjuerna. 23 intervjutillfällen har genomförts. Totalt har 95 personer deltagit. Längden på intervjuerna har varit en till två timmar. Intervjuerna har spelats in, skrivits ut och anonymiserats samt därefter analyserats. Intervjuerna har varit öppna och genomförts i samtalsform. Intervjuerna är kodade med nummer som är markerade i texten efter citat i resultatavsnittet.

Brukare, brukar-/anhörigorganisationer samt personal i kommuner och landsting har deltagit i intervjuerna. Lokala kontaktpersoner har utsett intervjudeltagarna. Exempel på yrkesgrupper som deltagit är undersköterskor, boendestödare, personliga ombud (fristående verksamhet), chefer, handläggare, skötare, sjuksköterskor och läkare. Organisationer och nätverk som deltagit är RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa), Attention (Intresseorganisation för människor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) och Hopprevet (Regionalt nätverk för anhöriga och närstående). Samtalen fokuserades på tre frågeställningar:

Hur fungerar samverkan mellan olika aktörer och den enskilde vid vård och stödinsatser?

På vilket sätt är brukaren/patienten/klienten med i sitt ärende exempelvis vid planering av vård och stöd?

Tankar om hur samarbetet kan förbättras?

Vi har vid bearbetningen av intervjumaterialet funnit återkommande mönster när det gäller hinder och möjligheter i förutsättningarna för samverkan. Sedan har vi sammanfört dessa mönster under övergripande rubriker i resultatdelen.

Resultat

Resultatet av studien presenteras under följande rubriker:

- Formalia och strukturer
- Ekonomi och kortsiktighet
- Attityder och statuskillnader
- Stuprörsmodellen styr

Formalia och strukturer

I stora drag var det första steget i intervjuerna att försöka ta reda på hur processen i stort för samverkan ser ut i länet. En samverkansprocess som har till syfte att ge brukaren vård- och stödinsatser som han/hon har behov av. Exempel på frågor vi ställde under intervjuerna var. Hur fungerar processen utifrån intervjudeltagarnas perspektiv och vilka forum för gränsöverskridande samverkan finns? Hur hanteras behov av samordning utifrån brukarens samlade behov av stödinsatser från flera aktörer? I den här undersökningen fokuseras främst på hinder och möjligheter i samverkan mellan brukaren och personal ifrån kommun och landsting. Det finns naturligtvis andra aktörer runt brukaren som vi inte har beaktat i studien.

Ifrån intervjuerna framträder en bild av olika kulturer, olika perspektiv och olika arbetssätt. Personalen känner till att det finns samverkansrutiner utifrån lagstiftning och andra skriftliga styrdokument. Däremot verkar lagstiftning, föreskrifter, rutiner och skriftliga överenskommelser mellan huvudmännen inte räcka till för att få en fungerande samverkan i praktiken. Så här beskriver några att samverkansrutinerna fungerar.

”Där vi ofta kommer in i bilden, det är ju via de här BAL-rutinerna, betalningsansvarslagen och faxen, och just med psykiatriska kliniken så fungerar det inte så väl. Det är sällan som vi får inskrivningsmeddelande och blir kallade till vårdplaneringar, utan personen kommer in och sedan åker den hem och sedan får vi liksom inte en chans och veta om det.”(10)

”... så glappar det, då kommer de av sig helt plötsligt och då står vi med inskrivning och väntar kanske på kallelse till vårdplanering och så kommer det inte och så går det några veckor och sedan men gud, vad länge den här personen är inne nu. Sedan kanske jag talar, med vår psykiatrisjuksköterska, nej, men hon är hemma, hon har varit hemma i två veckor. Alltså så kan det ju se ut, eller att det inte alls kommer någon inskrivning.”(10)

”Det finns en struktur i det, ja, men om det fungerar det är en annan femma.”(10)

”Det verkar mer slumpvis vem som håller i det, om det fungerar bra med vårdplanering och att man lägger upp en vårdplan osv.”(11)

Enhetlig struktur för gemensam individuell planering, samordning och uppföljning saknas. På en del håll finns fungerande samverkansrutiner mellan viss verksamhet i kommunen och viss verksamhet i landstinget. Huvudorsaken till den fungerande samverkan ansågs vara personbunden. Således finns både hinder och möjligheter att tillämpa de rutiner och regelverk som finns samordnat. Här är förslag på tillvägagångssätt för att få rutiner att fungera på ett samordnat sätt. Samtidigt som det andra förslaget tar upp farhågor med formaliserade möten om inte brukarperspektivet finns med som kultur.

”Att man arbetar fram vettiga, kloka och bra rutiner, det är ju någonting man måste göra. Och då tror jag man måste träffas, landstingsfolk och kommunfolk, och sätta sig ner öga mot öga.”(11)

”... man ska akta sig för och ha formaliserade möten där man drar patienter eller ärenden, där hamnar man lite snett, för vi kan ju bara jobba på den enskildes uppdrag. Då måste man ha fått ett uppdrag från den enskilde att gå in i det mötet för att resonera om den enskilde och det bär lite emot den kulturen.”(12)

I våra intervjuer har brukaren inte alltid en central och tydlig roll i samverkan mellan parterna. Brukarna beskriver sina svårigheter att nå fram i en dialog med sitt perspektiv i möten med personal. Utöver det kan den bristande samordningen också få som konsekvens att vård och stödinsatser uteblir. Så här beskriver en brukare sina försök att nå fram och den bristande samordningen mellan olika aktörer.

”... men man orkar kanske ta sats till något och man förväntar sig att man skulle kunna få hjälp där, då får man en liten, liten bubbla bara och sedan får man inte resten, då får man söka det själv och det är ju det man inte orkar och då faller det oftast där. Det är dåligt tajmat, det är dåligt matchat.”(4)

Under intervjuerna framträder begreppsförvirring inom området samverkan. Exempelvis används vårdplanering och vårdplan för olika typer av planeringsprocesser och planer. Inom verksamheterna finns vissa grundläggande regelverk och begrepp som styr samverkan. Ett antal lagar och föreskrifter har varit aktuella under intervjuerna (se referenser). Aktörerna har olika synsätt på hur och när dessa ska användas och i vilket syfte. Med andra ord råder med det en brist på samsyn på vad som styr parternas verksamhet.

För gemensam individuell planering av vård och stödinsatser används olika former av möten som benämns vårdplanering, samverkansmöte och nätverksmöten i intervjuerna. Från brukare och personal beskrivs olika syften och förväntningar på dessa möten för en gemensam individuell planering. I flera beskrivningar framkommer, att syftet med mötet istället handlar om att lämna över ansvaret till någon annan aktör. Här är en beskrivning bland flera när syftet och förväntningarna på mötet inte överensstämmer.

”Vi kommer in till en vårdplanering där psykiatrin redan har bestämt sig för vad som behövs, vad kommunen ska göra och hur vi ska göra det, mycket storebrorsattityd, vi känner oss som lillebror från landet verkligen. ... kom in på ett möte där sjuksköterskan totalt gjorde ner kommunen inför klienten, talade om för klienten att det här har kommunen inte skött gentemot dig, det är klart att du ska ha andra insatser, det är klart att du ska få mera försörjningsstöd, jag skulle inte heller kunna leva på det här om jag vore som du. Och det kallar man för en vårdplanering. Alltså det är inget engångstillfälle, utan tyvärr så är det ofta så. Jag kan uppleva en oerhörd frustration efter sådana här vårdplaneringar och tycker inte att det är riktigt värt det namnet.”(10)

Vårdplaneringen i det här fallet utgår från den egna föreställningen om vad den andra parten kan tillgodose, istället för att redovisa vad man själv kan erbjuda för hjälp. Det vill säga att landstinget och kommunen i vårdplaneringen redovisar för brukaren vad de kan hjälpa till med.

En fungerande gemensam individuell planering där den berörde är delaktig kan beskrivas så här.

”För det är riktigt bra, de här när man sitter med läkare som har sett hur det har varit där uppe på den slutenavdelningen och kommunen som vet hur det ser ut i kommunen och man kan prata sig samman och klienten är med och kan säga sitt, då brukar det bli väldigt bra.”(18)

Ur brukarperspektiv beskrivs små gemensamma möten med få deltagare som mer konstruktiva. En del personal tar upp att modellen eller strukturen behöver vara långsiktig och flexibel både utifrån individens behov men också utifrån samverkan mellan aktörerna. En process som handlar om planering, genomförande och uppföljning. Några förutsättningar som behövs beskrivs så här av intervjupersoner.

”Hur ska vi göra för att se det här långsiktigt? Det är ju sådana diskussioner som jag tror vi måste bli mycket bättre på, så att inte patienten åker in och ut.”(12)

”... att med jämna mellanrum backa tillbaka till uppdraget som vi tillsammans har åtagit oss mot den enskilde. Vad var det vi kom överens om, är det något som har ändrats på vägen eller ska vi fortsätta likadant och tillsammans med den personen som det handlar om?”(12)

Sammanfattningsvis visade det sig att det saknas en gemensam struktur för samordning i verksamheterna när brukaren behöver vård och stödinsatser från olika aktörer. Samt att en del av hindren som framkommer i samverkan kan undvikas om brukarperspektivet finns med i hela processen.

Ekonomi och kortsiktighet

I flertalet av intervjuerna framkommer att ekonomi och kortsiktighet är ett reellt hinder för samverkan. Ett annat hinder är att verksamheterna försöker lösa sina ekonomiska problem med att tolka uppdrag och sitt ansvar snävare och mer avgränsat. Flera intervjupersoner tar också upp helhetssyn och samverkan som ett annat sätt att lösa sitt uppdrag och sitt ansvar. Så här har en intervjuperson fångat mönstret med avgränsade uppdrag och sitt ansvar på individ- och organisationsnivå.

”Var och en har sitt, de har sin bit, här gör vi vårt, hit till den här gränsen, sedan lämnar vi över.”(18)

Det avgränsade och överlämnade ansvaret kan få som konsekvens att brukaren upplever sig som ”bollad” mellan kommun och landsting. Här ges några exempel på det från brukare och personal.

”... om man söker landstinget eller om man söker kommunen, så är det oftast att den enskilde blir bollad mellan de här två institutionerna, det är ofta så. Man vill inte riktigt ta det ansvaret som man borde göra, man bollar över det, det här är inte mitt ansvar eller det är inte vårt ansvar, det är kommunens ansvar. Och går individen till kommunen så får man svaret att nej, det här är ingenting som vi kan hjälpa dig med, det måste någon annan göra och någon annan vem är det då?... ja, är det landstinget då.”(4)

”... ibland brukar jag tänka, att den här uppdelningen mellan olika aktörer, att man har olika gränser, det kan vara ganska bekvämt också, så jag brukar säga att det fyller väl ett syfte, för är det besvärligt handlar det väldigt många gånger om svåra patienter, de med komplexa behov och ... typ de med dubbeldiagnoser, missbruk och andra handikapp, som blir lätta att bolla emellan sig. Vi har suttit där några gånger och till sist blir det ju ingens ansvar och då är det ju ganska praktiskt.”(6)

Det bristande helhetsperspektivet gör att det är svårt att få till fungerande insatser och lösningar för brukaren och det kan leda till ökade kostnader för verksamheterna. Personal pekar på att bristande samverkan kan leda till ökade kostnader. Till exempel kostnader för sjukhusvård i själva verket som inte hade behövts om fungerande samverkan hade funnits.

”Öppenvården har så pass mycket patienter, så de har ingen möjlighet att stärka upp för ett kortare tag, vilket vore vårt önskemål. Istället för och lägga in patienten så kanske man kunde ha täta besök hos patienten under den veckan som det krisar lite, innan man gjort en medicinjustering, ökat medicinen och kunna göra en utvärdering, det är mycket enklare för alla parter, än att lägga in patienten.”(3)

”... om man slipper och bråka om kronor och ören ... så kan man ju jobba på ett helt annat sätt, samarbeta på ett helt annat sätt.”(1)

”Vi åker på de här trettio dagarna nästan varje gång. Men jag är helt övertygad om att vi skulle kunna hjälpa kommunerna på mycket bättre sätt. Istället för och hjälpa dem med två patienter i månaden så skulle vi kunna hjälpa dem med fem – sex.”(5)

”... att man inser att vi tillsammans jobbar för patienten, så att man inte bara sitter och håller benhårt på att så länge landstinget har vårdnadsansvaret så behöver ju inte kommunen betala, men så fort det upphör så får ju kommunen ta hela betalningsansvaret”(1)

Att äldre personer med långvariga fysiska och psykiska problem har svårigheter att få en läkarkontakt är något som framträder under intervjuerna. Ett annat område som har många samverkansbrister enligt intervjudeltagarna är hanteringen av mediciner för personer som inte klarar av det på egen hand.

”Jag tror någonstans så blir det så här, att man inte ser målet med att brukaren ska ta medicinen för att brukaren ska må bra, utan man ser bara till vem som ska dela ut medicinen, man ser inte längre än dit, man ser bara det.”(13)

Sammanfattningsvis behövs långsiktig samverkan och helhetssyn för att motverka de mest påtagliga hindren för att brukaren ska få det han/hon behöver av kommun och landsting. Ekonomi och kortsiktighet identifierades som hinder vid samtliga intervjutillfällen. Ett gemensamt ansvarstagande med att skapa en struktur för samverkan framträder som en grundläggande förutsättning för att kunna tillgodose brukare med behov av stödinsatser från olika aktörer.

Attityder och statuskillnader

Ett annat hinder för samverkan som framträder under intervjuerna är statuskillnaderna mellan yrkesgrupperna. Ett hinder som inte är något problem så länge det handlar om samverkan mellan yrkesutövare på en jämbördig nivå. En grupp som beskrivs ha problem att samverka är cheferna. Det förklaras med att cheferna agerar från ett kortsiktigt ekonomisk perspektiv på att lösa problem.

”Det är aldrig några problem mellan kontaktmän och kontaktmän, problemet är när det kommer upp på chefsnivå, då blir det problem. Det är när man ska komma till och försöka hitta de här andra, när det handlar om att man ska samlokalisera eller samverka kring sysselsättning eller samverka kring något annat och det är cheferna inblandade, då blir det problem. Det blir pengar inblandat. Jag menar det är väl alltid så att hos kommun och landsting finns någon typ av rädsla för att någon ska bli lurad, det tror jag mycket det handlar om. Vem ska dra det längsta strået, är det kommunen eller landstinget?”(6)

Ibland har brukare med svåra sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar behov av insatser från olika myndigheters ansvar och kompetensområden. Insatser som kan behöva genomföras samordnat för att fungera och ge resultat. När gränsöverskridande samverkan saknas för dessa grupper kan det få som konsekvens att brukare blir så kallade ”Svarte Petter”. En annan konsekvens av att samverkan saknas för dessa brukargrupper är vilken status de ges att arbeta med. Här kommer ett exempel på det.

”Vi har haft två sådana grupper där det har varit väldigt tydligt psykisk sjukdom och missbruk och psykisk sjukdom och utvecklingsstörning, de har ... tenderat att bli Svarte Petter. Det är två stora grupper och ... nu håller ju äldre också på och bli en sådan grupp, och då tror jag att det handlar mycket om att det är ingen som vill jobba med dem helt enkelt, det är inte kul. Det är ju tre grupper där vi egentligen har ett tydligt uppdrag att jobba med. Där vi kan säga att vi egentligen inte sköter det vi borde göra.”(6)

Vid gemensam individuell planering påpekas att personer som deltar förutsätts ha mandat att fatta beslut. I det här sammanhanget kommer även det interna ansvaret för samordning upp exempelvis mellan kommunens handläggare och personal som verkställer insatser.

”Och det är nog ganska viktigt, när man är i operativt syfte och ska ha ett beslut, ska ha ett besked, då är det läkaren man ska prata med, inte personalen på avdelningen, för det är ansvarig läkare på avdelningen som fattar beslut. Och det är ännu mer besvärligt för oss om det exempelvis är flera olika avdelningar eller läkare på en avdelning, för att den ene bestämmer efter sitt huvud och den andre bestämmer efter sitt och då blir det ännu svårare och förhålla sig eller vad kan man förvänta sig, kommer

den att vara kvar en vecka till eller kommer den inte, kommer det en kallelse för vårdplanering eller inte, och åter igen så tappar man den här kontinuiteten, med de viktiga personerna som fattar beslut, sjuksköterska, biståndshandläggare och läkare.”(10)

”... i stort är det väl så att man ofta blir besviken, alltför ofta måste jag säga, att man blir det på samverkan. Att det lovas insatser när patienten är inlagd och det visar sig sedan nästa gång patienten kommer att det är beviljade insatser som aldrig verkställs.”(3)

”I vissa kommuner har det ju blivit så nu, att det är en kamp om pengar så tar ju naturligtvis kommunen reda på vad de har för rättigheter, jag tänker på x kommun i alla fall, är ganska tydliga med det och har alltid med sig den där lagtexten och slänger fram på planeringsmötena.

– Blir mötena bra då?

– Nej.”(18)

”Någonstans kan jag känna att inte vi värderar varandras kompetens lika, utan hela tiden är det en kamp om att vi vet bäst här och nu är det bara så och tvärtom, istället för att någonstans få mötas i detta.”(18)

Utifrån ett brukarperspektiv är stora formella möten krävande för brukaren och upplevs till och med kränkande. Den kränkande upplevelsen handlar om vilken attityd som personalen intar i sitt bemötande av brukaren och hans/hennes status i sammanhanget. Brukarorganisationerna tar också upp i intervjuerna att när samordnarfunktion saknas i organisationerna faller den rollen tillbaka på brukaren eller anhöriga.

”Ja, det är en jättepärs och vara utsatt för ett sånt möte, för patienten, eller brukaren, och jag vet inte hur de gör som inte har några anhöriga som följer med, ... det är väl personalen som bestämmer då. Jag menar en person som har det jobbigt psykiskt orkar ju inte sitta med en hel grupp med tjänstemän som har sitt maktspel sinsemellan.”(19)

Sammanfattningsvis efterfrågas effektivare samarbete och möten från personalen för att undvika att hamna i maktkamp, tidskrävande missförstånd och dubbelarbete. En samordning utifrån brukarens samlade behov och på brukarens villkor är grundläggande förutsättningar för samverkan enligt vår undersökning.

Stuprörsmodellen styr

Verksamheterna kartlägger behov, fattar beslut om insatser, planerar och utvärderar sin egen verksamhet. Vi fann att den egna verksamhetens perspektiv råder oavsett målgrupp och behov. En gemensam kultur och struktur mellan aktörerna för samverkan saknas. Även den interna verksamheten inom kommun och landsting arbetade var och en för sig enligt så kallad stuprörsmodell.

”Ja, jag kan säga landstingets psykos- och rehabenhet och kommunernas boendestöd träffas sällan, man pratar inte med varandra. De har ju ofta behandlingsbiten med medicinen och man kommer med sina medicinrundor på morgonen och sedan kommer boendestödet dit på eftermiddagen och det är inte helt ovanligt att då har man kanske sagt någonting till den enskilde på förmiddagen, eller på morgonen när man kommer med medicinen, som sedan den enskilde får dementerat av någon annan som kommer på eftermiddagen, för att man har liksom inte pratat ihop sig på något sätt så och det är väldigt förvirrande för klienterna eller den enskilde.”(18)

De här citaten från intervjuerna fångar också den egna verksamhetens förhållningssätt till samverkansprocessen.

”Var och en har sitt, de har sin bit, här gör vi vårt, hit till den här gränsen, sedan lämnar vi över.”(18)

”Men det är fortfarande det här uppdelade, tror jag, som gör att många gånger samarbetet inte klickar, att vi ... alla har vi vårt uppdrag, men vi gör banne mig inte mer än det som står på min”...(18)

Flera berättelser handlar om situationer där kunskap om och respekt för andras synsätt saknas eller tappas bort under samverkansprocessen. Riskerna med dessa brister beskrivs som allra störst vid stora formella möten mellan aktörerna. Här är några erfarenheter av situationer när kunskap och respekt saknas.

”Jag har varit på ett möte som var fruktansvärt, mycket människor, där man helt och hållet glömde bort klienten. De började prata om sig och sitt och sina påsar med pengar och den här klienten bara gråter, så vi fick gå ut. Och det var läkare och det var höjdarna i kommunen som var med”

” ... vi fick ha ett nytt planeringsmöte och då förberedde vi jättenoga innan - vad är det klienten vill ha sagt - för det glömmes vi vad klienten själv önskar och vill, både landstinget och kommunen. Och kanske vi också är väldigt snabba på och veta vad folk behöver.”(18)

Inför gemensamma individuella planeringar beskrivs brister i att hämta in kunskap om hur behoven ser ut och vilka önskemål om vård och stödinsatser

som brukaren har. Något gemensamt behovsbedömningsinstrument används inte. Däremot känner personalen till sådana instrument.

”Nej, det har vi inte. Vi har pratat CAN, men instrumentet skulle kosta kommunen, nu gissar jag, men jag tror det var 16 383 kronor, någonting sånt, och vår före detta verksamhetschef sa att det var för dyrt. Så att något instrument för att bedöma sånt här det har vi inte och har inte för avsikt att skaffa det heller, som jag förstått det. Vilket vi i verkställigheten tycker är en stor brist.”(14)

Här är två exempel från brukare och personal när kunskap och respekt saknas om den andres synsätt.

”... för man sitter alltså med tio – femton personer som kanske inte alls förstår ens egen bild, utan bara kanske tycker att man är besvärlig och kräver saker och ting. Det är väldigt förnedrande att sitta så.”(23)

”Jo, för att det är en besvärlig person som inte kan bo i ett eget boende och istället för att titta på hur kan vi hjälpa den här personen att bo i ett eget boende, med alla resurser som kan vara tänkbara kring det, så pratar vi gruppboende som patienten överhuvudtaget inte vill bo i. Alltså det blir... horribla diskussioner.”(18)

Olika kunskap och perspektiv utgör en bas för samverkan. Dialog och kunskap efterfrågas av personal i intervjuerna för att bli medveten om vad som är gemensamt och vad som skiljer. Kunskap om och respekt för den andres synsätt är en förutsättning för meningsfull samverkan. Det kan beskrivas så här

”Jag tror att vi vet för lite om varandras verklighet så att säga. Det är inte bara landstinget som vet för lite om oss, vi vet nog för lite om hur det är på avdelningen också och vad de har för möjligheter, vad de kan göra. Vi kanske har för höga förväntningar på vad vi tror att de ska kunna göra och deras syn på vad som händer ute hos oss stämmer inte heller, som det här som vi tog upp tidigare, att de tror att vi kan göra saker som vi inte kan göra. Och där gäller det att hitta ngt gemensamt, alltså vi måste få ökad förståelse och en gemensam syn på vad det är vi är där för.

Jag tror just det här att få förståelse för varandras möjligheter, men också förståelse för varandras hinder så att säga, vad vi inte kan göra, det tror jag är jätteviktigt.”(10)

Det här exemplet visar hur ett telefonsamtal kan lösa samverkan utifrån brukarens intresse

”Jag hade ett jättetrevligt samtal i morse, jag hade en klient som åkte in akut igår och i morse var det någon läkare som hade ringt och sökt mig, ett nytt namn, kände inte igen det och jag vet inte var jag ringde riktigt, men det var en ny läkare på slutenvården inne på psyk och det samtalet

jag hade med honom det var så här... vem pratar jag med ... gör jag verkligen det, för det var ett sånt här samtal som kändes att vi var på samma våglängd. Han sa det, jag lyssnar alltid på mina patienter men jag förstår också att det finns en annan sida av det här, jag vill hämta hem hur det ser ut hos er i kommunen. Det kändes som att... ja! Den respekten och den ömsesidigheten, att man ser varandras sidor.”(10)

Här är två förslag från brukare på vad som behöver göras för att få en fungerande samverkan mellan berörda aktörer.

”... när man sitter runt det här bordet så är ambitionen väldigt god, att man vill samverka. Och jag tror att det vill man säkert, men sedan när de kommer ut då börjar den här prestigen, att det här är vårt bord och det här är vårt bord och kommunen gör si och landstinget gör så och man väntar alldeles för länge innan man på allvar inser att nu måste vi samarbeta.”(19)

”... prata gemensamt vad det är som är gemensamma problem, alltså det som är problemet och försöka lösa det gemensamt.”(19)

Även personal har förslag på vad som behöver göras för att få en fungerande samverkan mellan berörda aktörer.

”Att vi måste sitta i samma båt lite grann.”(18)

”... alltså för politiken tror jag det är klart, de vill att vi ska samarbeta, sedan är det att resten är mycket en ledningsfråga, tror jag, där chefer måste vilja skapa nätverk, goda relationer med psykiatrin, ja, där psykiatrins chefer också vill det, och sedan att det här genomsyras neråt.”(12)

Sammanfattningsvis efterfrågas dialog och kunskap med och om varandra för att undervika missförstånd, fördomar och för att få en gemensam helhetsbild av brukarens behov. Gemensamt behovsbedömningsinstrument är också ett stöd för att få en gemensam helhetsbild att utgå från i samverkan.

Diskussion utifrån slutsatser

En gemensam modell för samverkan där brukaren har den centrala rollen.

Det talas och skrivs så mycket om samverkan men innebörden av begreppet är inte entydigt och i praktiken verkar det svårt att få till en fungerande samverkan. Socialstyrelsen² utvecklar begreppet mer i sin vägledning. I vår undersökning har vi valt att se samverkan som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete. Där samverkan betyder:

- *att handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte*
- *icke hierarkiska aktiviteter där aktörer möts på lika villkor och med gemensamt syfte*
- *aktiviteter som överskrider gränser inom eller mellan organisationer*

Varför ska vi samverka?

Det är inte alltid så att huvudmännen måste samverka, men när det behövs utifrån brukarens samlade behov saknas det en gemensam struktur för samordning av aktiviteter. Det är inte ovanligt att brukarens behov varierar över tid och i omfattning och därmed varierar insatserna. I Kalmar län saknas en modell som i första hand utgår ifrån brukarens intresse och behov av samordning av insatser. Med andra ord behövs ett situationsanpassat samarbete och en gemensam arbetsmodell som stödjer samverkan mellan aktörerna. Det finns arbetsmodeller där brukaren har den centrala rollen. Exempel på det beskrivs av Ulf Malm (2002) Case management – evidensbaserad integrerad psykiatri och Ian Falloon (1997) Integrerad psykiatri.

För vem ska vi samverka?

Våra intervjuer visar att brukaren inte har en central och tydlig roll i samverkan mellan organisationerna. Samverkan är en pågående process med en dynamisk interaktion mellan människor. En process där idealt flera intressen och behov ska tillgodoses. Brukarens behov och intressen kan tappas bort på vägen eller hamna i skymundan för verksamhetens eller andra personers intressen. Att hela tiden fråga sig själv på vems uppdrag agerar jag nu kan tyckas självklart. Men det självklara är inte alltid det som sker i praktiken. Vår uppfattning är att samverkansmodellens utgångspunkt och form behöver stödja brukarens roll och inflytande. Detta för att undvika en hel del av hindren som har identifierats i studien.

²Samverkan i re/habilitering – en vägledning, Socialstyrelsen 2008

Grundläggande förutsättningar för en fungerande vardag (livssituation) för en person med stora och komplexa vård- och stödbehov är att insatser är samordnade. Till det hör också att få en överblick och en möjlighet att själv bestämma vilka mål insatserna ska leda till.³

Dessa grundläggande förutsättningar fann vi stora brister i, så här finns det goda möjligheter till utveckling. Grupperna med de här behoven kan utan svårigheter identifieras av verksamheterna. Det viktigaste som vi ser är att en förändring behöver ske så snart som möjligt för att tillgodose dessa gruppers behov på ett bättre sätt. Den mest effektivaste vägen för brukaren till en fungerande vardag är att få stöd till egen kontroll och att bli expert på sitt egna liv. Med det här synsättet görs personalen till ett av verktygen för att nå dit.

En person som tar helhetsansvar och samordnar för brukaren.

I våra intervjuer framkommer att brukare och anhöriga önskar att en bestämd person samordnar huvudmännens olika insatser. De önskar större inflytande och att få medverka i samverkansprocessen. Anhöriga upplever att när brukaren inte själv orkade vara delaktig och samordna insatserna fick de överta den rollen. Det är en roll som lätt kan bli övermäktig, när den anhörige inte har de resurser som krävs. Anhöriga vill gärna ses som en resurs i sammanhanget med sin kunskap men de vill inte få hela ansvaret för samordningen av stödet.

Följande beskrivning bygger på vår erfarenhet av fall, där en person har behov av samordning med olika stödinsatser från flera aktörer.

Anna är 40 år och egen företagare. Hon är gift och familjen har två barn. Paret har en son som är i förskoleåldern och en dotter i tonåren. Anna har en svårbehandlad bipolär sjukdom.

Anna har nu blivit inlagd för andra gången på en psykiatrisk avdelning med tvång. Maken är trött både psykiskt och fysiskt efter ytterligare en period med hela ansvaret för att få familjen att fungera på något vis och samtidigt ordna med vård för sin hustru. Sonen har blivit rädd och förstår inte vad som händer med mamma. Han reagerar med ont i magen och drar sig undan både i hemmet och på dagis. Dottern reagerar på familjens situation med koncentrationssvårigheter i skolan och hon har även börjat skolka.

Den här familjen behöver stöd från olika håll både i den akuta situationen men även långsiktigt för att få balans i sin livsföring igen. För att insatserna ska fungera krävs samverkan mellan aktörerna som har ansvaret för dessa. Att inte se hela familjens situation, utan exempelvis enbart se Annas behov av vård kan få allvarliga konsekvenser för familjen. Det leder förmodligen också till att vårdinsatserna för Anna når ett sämre resultat.

³Ambition och ansvar, Nationell Psykiatrisamordning (SOU: 2006:100)

Hur får brukaren inflytande?

Ett sätt att öka inflytande för brukaren är att utse en samordnare. Kontinuiteten och goda relationer är viktiga faktorer för processen och resultatet. Ett uppdrag som samordnare bygger på förtroende hos brukaren och kan därför underlättas genom att denna person väljs av brukaren. Det finns säkert andra sätt, men att själv få välja samordnare var något som brukarna själva tog upp. Verksamheterna behöver ta ställning till hur brukaren ska få möjlighet att välja den person som svarar för samordningen av insatserna. Det skulle också innebära en möjlighet att få välja bort den personen eller samordnaren som brukaren inte känner förtroende för.

Vad gör en samordnare?

Enligt Nationell Psykiatrisamordningen⁴ kan en samordnare ha följande arbetsuppgifter:

- Ansvara för planering och uppföljning av insatser.
- Säkerställa kontinuiteten i patientens kontakter.
- Ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stödinsatser och praktisk hjälp genomförs.
- Genomföra vissa vård- och stödinsatser, som till exempel hjälp med medicinering eller hjälp med ekonomi.
- Ge krisstöd vid behov.
- Vara ombudsman för personen och hjälpa denne att bevaka sina rättigheter.
- Lokalisera och hålla kontakt med de sociala, medicinska och psykiatriska insatser som inte kan erbjudas inom teamet, men som är aktuella för personen det gäller.
- Se till att personens nätverk och eget stödsystem samlas och används som resurs.
- Underlätta kontakten med anhöriga och barn.

Verksamheterna behöver ta ställning till vad som ska höra till ansvaret men om ovanstående ingår i uppdraget är det omfattande. Det talar för att funktionen behöver utvecklas inom befintlig verksamhet och över huvudmannagränser med både sociala och psykiatriska insatser.

Samordnarens roll föreslås ta sin utgångspunkt i att vara som ett ”språkrör för samverkan som ideologi och handling. Framgången beror helt på om samverkansparterna delar den ideologin och ser vinster med att samverka”

⁴ Ambition och ansvar, Nationell Psykiatrisamordning SOU 2006: 100, s 348

skriver Socialstyrelsen.⁵ Brukarna tar också upp att någon form av ersättare för den personen som är samordnare behövs annars blir systemet för bräckligt i praktiken.

Kommun och landsting som tar ett tydligt gemensamt ansvar för långsiktig samverkan.

Hur gör vi samverkan möjlig i praktiken?

Vi har i vår undersökning identifierat informella och formella hinder för samverkan. Dessa hinder verkar inte ha någon avgörande betydelse om viljan finns hos samverkansparterna att hitta gemensamma lösningar. Vi har dragit några slutsatser om vad som behövs för att få en fungerande samverkan i praktiken. I intervjuerna framkommer också andra faktorer som har betydelse; att mötas och ha en dialog på lika villkor och avsätta tid för samverkan. Hur möjligt det blir i praktiken avgörs till stor del av verksamhetsledarnas attityd och förhållningssätt till samverkan som en resultatskapande process. Brukarna tar också upp möjligheten till teknikanvändning för kommunikation och informationsöverföring mellan berörda. Ett utvecklingsarbete pågår i länet med bland annat videokonferenser för vårdplanering.

Hur ser ansvaret ut?

Lagstiftning och föreskrifter reglerar ansvar för samverkan, samordning och planering hos huvudmännen. Det finns behov av att klargöra huvudmännens ansvar i en gemensam arbetsmodell för kommun och landsting i Kalmar län.

Vi går tillbaka till Annas familj. Vilken aktör är ansvarig för att ta initiativ till samordning med andra aktörer i Annas ärende? Det har varit otydligt hur ansvaret ser ut men från och med 2008 regleras det av föreskrifter i Socialstyrelsens författningssamling 2008:20. I föreskriften står, om brukaren har behov av samordning, ska de verksamheter som svarar för insatser erbjuda detta. Det som återstår nu för kommuner och landsting är att utforma en struktur för samordning. Verksamhetsledarna har en viktig roll i att leda förändringsprocessen och skapa förutsättningar för en samordning av insatserna tillsammans med berörda utförare.

Begrepp och termers betydelse för samverkan.

Något som vi upptäckte i studien var att få personer kunde redogöra för och förklara vilka forum för gränsöverskridande samverkan som används för gemensam individuell planering. De forum som fanns var vårdplanering enligt Betalningsansvarslagen (Bal), där det överordnade syftet av vissa tolkades som en ekonomisk förhandling. Andra menade att vårdplanering enligt Bal var en

⁵ Samverkan i re/habilitering, Socialstyrelsen 2008

gemensam individuell planering. Ytterligare några ansåg att det inte fanns eller behövdes någon gränsöverskridande samverkan och därmed inga forum för det.

Verksamheterna hade sina egna planeringsprocesser och planer. Begrepp och termer för dessa gavs olika betydelse beroende på vem du frågade och i vilken verksamhet de användes. Till slut kunde vi konstatera att aktörerna har olika synsätt på hur och när och i vilket syfte planeringsprocesser och planer användes. Samt att vi fick insikten om att begreppsförvirringen har betydelse för samverkan.

I intervjuerna uppfattade vi även att det fanns olika synsätt på begrepp och termer och därmed olika förväntningar. Dessa förväntningar kunde i sin tur leda till frustration och besvikelse över samverkan. Definition av begrepp och termer för samverkan är något att arbeta vidare med i en gemensam arbetsmodell för sammanhållet stöd. Att förstå och känna till varandras språkbruk inom de olika verksamheterna är att visa respekt för varandra enligt professor Berth Dagermark⁶ som skrivit flera böcker inom området. Respekten för varandra gynnar ett gott samarbetsklimat menar Dagermark.

Att införa nya arbetsmodeller och strukturer är en arbetskrävande process. Det handlar om att förändra det egna arbetssätt men också förändra organisationernas strukturer. Kompetensutveckling är en del av förändringsprocessen. Det räcker tyvärr inte med kunskap och kompetens i verksamheter för personer med omfattande och komplexa behov utan det gäller också att använda sin kunskap och kompetens utifrån ett helhetsperspektiv/brukarperspektiv för att nå resultat. Ett helhetsperspektiv som innebär och förutsätter kunskap om varandras kunskapsområden

En gemensam förutsättning som flera personer tog upp under intervjuerna var att samverkan behöver vara långsiktig för att kunna fungera. Långsiktiga mål, gemensamma uppföljningar och gemensam budget är några förslag som framkom i studien och som kan undanröja kortsiktigt ekonomiskt tänkande och agerande.

⁶ Samverkan – himmel eller helvete?, B.Danemark, Gleerups förlag 2000

Dialog och kunskap om vad som är gemensamt och vad som skiljer för att nå mervärdet av samverkan

Verksamheterna har i grunden olika uppdrag och kan därför bidra med att lösa olika behov utifrån en gemensam helhetsbild. Vi ställde frågor om det fanns något redskap för att få en gemensam bild av behoven. De flesta kände till behovsbedömningsinstrument men ingen av dem vi träffade var användare.

Flera personer önskade att få ökade möjlighet till dialog med och kunskap om varandra. De menade att det var ett sätt att försöka undvika missförstånd, besvikelse och fördomar om varandras mandat och uppdrag. En gemensam modell eller struktur kan ge en gemensam referensram eller helhetsbild av behoven som vi uppfattar är en förutsättning för att nå resultat för personer med behov av insatser ifrån olika aktörer.

Vad är mervärdet av samverkan?

Det sägs att helheten är mycket större och mäktigare än delarna var en för sig, det vill säga de så kallade helhetsegenskaperna eller mervärdet. Ett känt exempel på det är kväve och syre som tillsammans bildar livsviktigt vatten. Det skulle innebära att samverkan skulle ge något mer för alla än att bara lösa ett gemensamt problem. Vi går tillbaks till Annas ärende igen för att försöka ta reda på vad mervärdet av samordningen kan bli.

Vinsten för Anna och hennes familj skulle vara att få en fungerande vardag som är hanterbar och begriplig. Livskvaliteten kan öka när du kan påverka och bestämma över din vardag.

Vinsten för personalen kan bli ökad kompetens och ett mer meningsfullt arbete.

Vinsten för verksamheten kan bli bättre resultat till en lägre kostnad samt ökad trovärdighet ur ett brukarperspektiv.

Vinsten för medborgarna kan bli en bättre verksamhet med högre kvalitet.

Slutord

Vi har fått en överblick av hur hinder och möjligheter i samverkansprocessen kan se ut. Vi har träffat många personer som är engagerade och frustrerade som inget annat vill än att samverka för brukarnas bästa. Ett stort tack till alla för gott samarbete under projektet. Vi hoppas på att resultatet av projektet kan bidra till att underlätta samverkan i praktiken.

Referenser

Ambition och ansvar, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100)

Samverkan i re/habilitering – en vägledning, Socialstyrelsen 2008

Samverkan – himmel eller helvete?, B. Danermark, Gleerups förlag 2000

Case management - evidensbaserad integrerad psykiatri. Ulf Malm, Lund: Studentlitteratur 2002

Integrerad Psykiatri. Ian Fallon m.fl, Psychologia 1997

Lagstiftning och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Socialtjänstlag (2001:453)

Offentlighets- och sekretesslag (SFS 2009:400)

Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:397)

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:583)

Lag om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404)

Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)

Socialstyrelsen föreskrifter om samordning av insatser för rehabilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)

Bilaga 1

INTERVJUGUIDE FÖR DELTAGARE I FOKUSGRUPP

Bakgrund

Lanstinget och kommunerna i Kalmar län tecknade år 2007 ett avtal om ett projekt inom ramen för utveckling av vård, boende och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning i enlighet med regeringsuppdraget S2005/441/HS(Miltonprojekt). Det här projektet heter **Hållbar modell för sammanhållet stöd till personer med psykiskt funktionsnedsättning**.

Övergripande mål enligt Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100)

Alla människor med allvarlig psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska garanteras;

- Bostad och det stöd i vardagen som de har behov av,
- Arbete eller meningsfull sysselsättning,
- Gemenskap och delaktighet i samhället,
- Goda vård- och stödinsatser

Definition av målgrupp enligt Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100)

Målgruppen är vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning. En person har psykisk funktionsnedsättning om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma bestå under en längre tid (minst ett år). Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning. Ålder 16 år och äldre.

Syfte med projektet

Projektet ska syfta till att utforma modell/modeller för processen med fördjupad samverkan mellan landstinget och respektive kommun i länet samt med brukarorganisationernas medverkan. Modellen skall omfatta alla delar i vårdkedjan och alla nivåer i beslutshierarkin.

Intervjun med dig och övriga aktörer samt brukare behövs som underlag för att kunna utveckla och fördjupa samverkan mellan berörda aktörer. Vi vill få kunskap om svaga länkar i samverkan mellan den enskilde, respektive kommun i länet och landstinget. Ambitionen är att uppnå samverkan som leder till att respektive kommun i länet och landstinget kan möta behoven hos personer med stora och komplexa vård och stödbehov mer heltäckande och sammanhållet.

Här följer några frågor som vi vill ha fokus på i vårt samtal med dig. Fundera gärna lite på frågeställningarna inför samtalet.

1. Hur fungerar samverkan mellan olika aktörer och den enskilde vid vård och stödinsatser?
2. Tankar om hur samarbetet kan förbättras?

Intervjuerna kommer företrädesvis att ske i mindre grupper. Vi kommer att spela in samtalen på band. Dessa band kommer senare att raderas. Vi kommer inte att namnge vem som sagt vad. Däremot vill vi lära av din och andras erfarenhet och synpunkter så att samverkan kan förbättras. Vi återkommer till dig med tid och plats för intervjun. Om du har några frågor så kontakta oss gärna per telefon eller via e-post.

Varmt välkommen!

Eva Söderberg utredare
Telefon 070-322 00 08
eva.soderberg@kalmar.regionforbund.se

Christer Gustafsson utredare
Telefon 070-392 53 37
christerg@ltkalmars.se

Bilaga 2.

Projektbeskrivning

Hållbar modell för sammanhållet stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning

Bakgrund

Landstinget och kommunerna i Kalmar län tecknade 2007 ett avtal om ett projekt inom ramen för utveckling av vård, boende och sysselsättning för personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder i enlighet med regeringsuppdraget S2005/441/HS (Miltonprojekt). För genomförande av projektet har länet fått 240 000 kronor.

Projektet skall syfta till att utforma en modell för processen med fördjupad samverkan mellan landstinget och respektive kommun i länet och med brukarorganisationernas medverkan. Tanken är att åstadkomma ett långsiktigt och hållbart samarbete. Modellen skall omfatta alla delar i vårdflätan och alla nivåer i beslutshierarkin.

Denna projektbeskrivning är ett förtydligande av det politiska beslut som togs i samband med att ansökan om statligt stöd gjordes.

Övergripande mål

Målet är att förbättra förutsättningarna för ett samordnat stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning för att individen skall uppleva en förbättrad livskvalitet.

Målgrupp

Målgruppen är vuxna personer med psykiskt funktionshinder. En person har psykisk funktionsnedsättning om hon/han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och att dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid (minst 1 år). Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning. Ålder 16 år och äldre.

Fråga

Hur kan berörda huvudmän arbeta tillsammans för att ge den enskilde ett heltäckande och sammanhållet stöd? Vad skulle behöva göras för att processen ska fungera bättre?

Avgränsning

Projektet omfattar samtliga kommuner i länet förutom Kalmar, där man redan har utarbetat en modell för fördjupat samarbete mellan landsting och kommun.

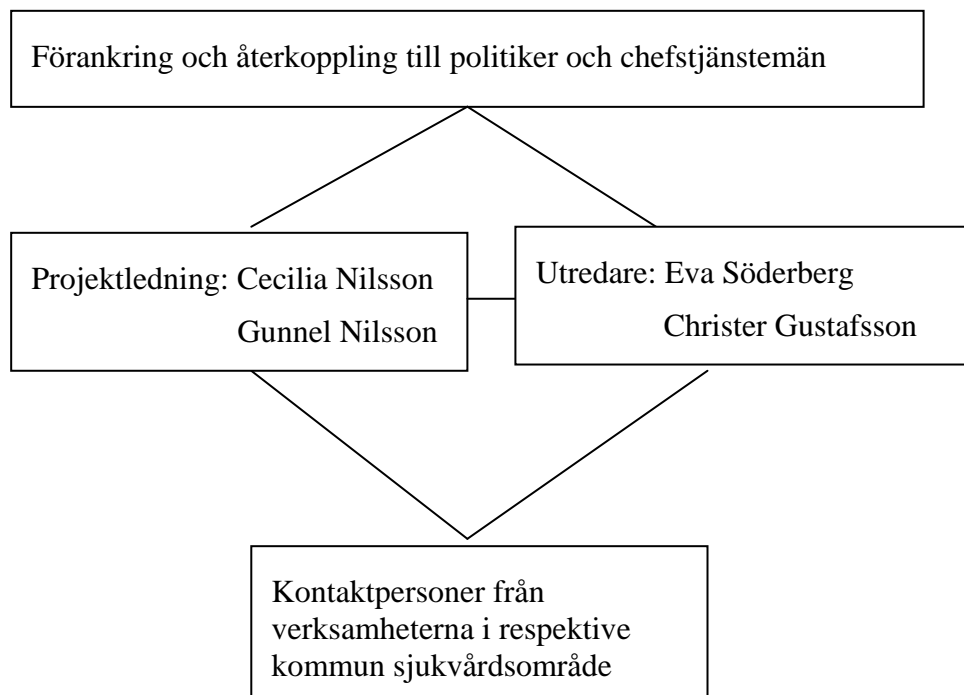
Arbetsmetod

Intervjuer enskilt och i grupp görs med brukare och personal, som är verksamma i respektive kommun och sjukvårdsområde för att kartlägga vad som fungerar bra, vad som skulle kunna förbättras och hur. Intervjuerna spelas in, skrivs ut och analyseras. Utredarna genomför intervjuerna. Utskrift av intervjuerna köps in. Utredarna och projektledningen gör tillsammans analysarbetet som resulterar i beskrivningar av förbättringsprocesser. Resultatet återkopplas till personal och brukare och redovisas för beslut till politiker och chefstjänstemän.

Kontaktpersoner

I varje kommun/sjukvårdsområde utses en kontaktperson. Kontaktpersonen är utredarnas länk och stöd in i den lokala verksamheten för att t ex informera om den lokala organisationen, välja ut intervjupersoner, ordna med lokaler för intervjuer m m.

Projektorganisation



Tidplan och arbetsmoment

Augusti 2008

Inläsning

september-oktober 2008

Intervjumanual, Intervjuplanering

November – Februari 2009

Fokusgrupputbildning

Datainsamling och utskrift

Mars 2009

Bearbetning/analys

Utskrift

Januari 2009

Bearbetning/Analys

April - September 2009

Återföring

Seminarier i respektive kommun

September 2009

Rapportskrivning

Tryckning

Oktober – December 2009

Redovisning och beslut

Chefstjänstemän

Politiker