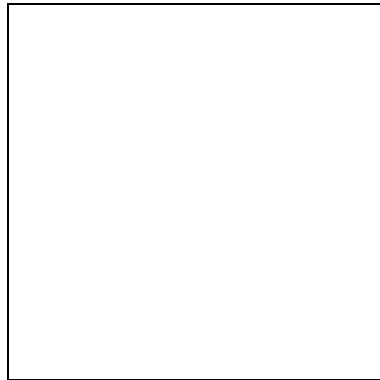


LÄRARHÖGSKOLAN I STOCKHOLM
Institutionen för samhälle, kultur och lärande



Berättelser som pedagogiskt verktyg

En studie av berättelsens betydelse för kunskap, lärande och
förståelsen för samverkan i vårdkedjan

Anette Peterson

Påbyggnadskurs i vårdpedagogik (41-60 p nivå)
Examensarbete 10 p
VT 2006

Handledare: Margaretha Stengård
Examinator: Kristina Ringberg

STOCKHOLM INSTITUTE OF EDUCATION
Department of Social and Cultural Studies in Education

Storytelling as a pedagogic tool

**A study of using storytelling for knowledge, learning and
understanding for collaboration in a patient process**

Anette Peterson

Advanced Course in Nursing and Caring Sciences (41-60 p)
Thesis 15 ECTS
Spring 2006

Supervisor: Margaretha Stengård
Examiner: Kristina Ringberg

SAMMANFATTNING

I slutet av 1990-talet startade ett projekt i samverkan mellan kommunerna, primärvården och sjukhuset på Högländet, för att utveckla och förbättra den äldre patientens vårdkedja. Projektet döptes till *Esther*. I arbetet skapades berättelsen om Esther, den äldre multisjuka kvinnan och hennes väg till sjukhuset och hem igen, för att visa på brister och kommunicera behovet av samverkan. Denna studie syftade till att beskriva variationer av kunskap och förståelse för det egna uppdraget i samverkan med andra i vårdkedjan, utifrån berättelsen om Esther, och hur lärandet uppfattades på individ-, grupp- och organisationsnivå. I studien användes ett urval av de intervjuer som genomfördes i början av Estherprojektet. Sammanlagt användes för denna studie nio intervjuer med totalt nitton personer ur olika personalkategorier. Intervjuerna var genomförde för att komplettera Esther berättelsen utifrån de olika verksamheter och personalkategorier som var berörda av förbättringsarbetet som Estherprojektet syftade till. Intervjuerna analyserades utifrån en fenomenografisk ansats. Olika kategorier för kunskap och förståelse framkom och kunde diskuteras ur ett lärande perspektiv. Resultatet visade på stor kunskap och förståelse för det egna uppdraget, även om det uttrycktes på olika sätt från olika enheter. Däremot visade resultatet större variation i förståelsen för samverkan och framförallt för andra enheters arbete. Det finns stor kunskap om hur lärandet fungerar och hur berättelser skulle kunna användas för att bidra till en ökad förståelse. Berättelse om Esther diskuterades utifrån perspektivet, att bidra till ökad kunskap, lärande och förståelse för samverkan i vårdkedjan.

Nyckelord: Berättelser, pedagogik, lärande, vårdkedjor, samverkan

ABSTRACT

In the end of 1990 a project started in cooperation with the municipality, primary care and Hospital in the area of Höglandet, to develop and improve the elderly patient process. The Project was named *Esther*. A story of Esther was created in the work, an elderly multi-sick woman and her way to the hospital and home again. The story was created to show problems and to communicate the need of collaboration. This study's purpose was to describe the variation of knowledge and understanding for the mission of the own unit and for the collaboration with others in the process, from the perspective of the story of Esther, and how learning could be understood from individuals, team level and organizational level. A selection of interviews accomplished in the beginning of the project was used for this study, totally nine interviews with nineteen people, in different professions. The interviews were designed to complete the Esther story from different units and from different professions point of view, involved in the improvement work. The interviews were analyzed from a phenomenografic effort. Different categories for knowledge and understanding were raised and could be discussed from a learning perspective. The results showed good knowledge and understanding for the own mission, even if it was expressed differently from different units. On the other hand the results showed a larger variation in understanding the need of collaboration and especially in other units' way of working. There is a lot of knowledge about how learning works and how storytelling can be used to contribute to a larger understanding. The story of Esther was discussed from this perspective, to contribute to knowledge, learning and understanding for collaboration in a patient process.

Keyword: Storytelling, pedagogic, learning, process, collaboration

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	6
BAKGRUND.....	6
ESTHERPROJEKTET.....	6
<i>Mål och visioner</i>	7
<i>Höglandets sjukvårdsområde och kommuner</i>	7
<i>Vårdkedjor och processer</i>	8
KUNSKAP, KOMPETENS OCH LÄRANDET.....	9
<i>Olika former av kunskap</i>	9
<i>Kompetens</i>	9
<i>Vuxnas lärande och förståelse</i>	10
BERÄTTELSE.....	12
<i>Berättelse som terapi</i>	12
<i>Berättelse som kommunikation</i>	12
<i>Berättelse som lärande</i>	13
<i>Estherberättelsen</i>	13
SYFTE.....	14
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	14
METOD.....	14
FENOMENOGRAFI.....	15
ARBETSGÅNG.....	15
<i>Intervjuer i Estherprojektet</i>	15
<i>Urval</i>	16
<i>Datainsamling och databearbetningen</i>	17
<i>Analys och tolkning</i>	17
TROVÄRDIGHET OCH ETISKA ASPEKTER.....	18
RESULTAT.....	18
KUNSKAP OM DET EGNA UPPDRAGET.....	19
<i>Kommunerna</i>	19
<i>Primärvården</i>	21
<i>Sjukhuset</i>	22
<i>Akuten och ambulansen</i>	23
<i>Resultatsammanfattning för kunskap om det egna uppdraget</i>	23
KUNSKAP OM SAMVERKAN.....	24
<i>Kommunerna</i>	24
<i>Primärvården</i>	26
<i>Sjukhuset</i>	27
<i>Akutmottagningen och ambulansen</i>	29
<i>Resultatsammanfattning för kunskap om samverkan</i>	29
DISKUSSION.....	31
METODDISKUSSION.....	31
RESULTATDISKUSSION.....	32
<i>Kunskap om det egna uppdraget</i>	32
<i>Kunskap om samverkan</i>	33
<i>Uppfattningar om lärandet</i>	33
<i>Berättelsen som pedagogiskt verktyg</i>	35
KONKLUSION.....	35
LITTERATURFÖRTECKNING.....	37
BILAGA 1.....	39

INLEDNING

”Esther är född 1912. Hon bor på Storgatan i Vetlanda. De sista tre nätterna har Esther inte kunnat sova, hennes andfåddhet blir allt värre och benen allt svullnare. Hon känner sig ängslig, orolig och vet inte vart hon ska vända sig”

Så börjar berättelsen om Esther. Fortsättningen handlar om hur Esther, efter en lång dag med stopp på olika ställen och efter att ha träffat minst 35 olika personer, hamnar på en vårdavdelning på medicinkliniken. Efter några få dagar på sjukhus ska hon hem igen. Berättelsen användes i ett samverkansprojekt mellan sex kommuner, primärvården och medicinkliniken på Högländet, som startade 1997. Projektet döptes till ”Esther”, för att alla skulle påminnas om den äldre kvinnan och hennes resa till sjukhuset och så småningom hem igen. Projektet anses mycket lyckat och har rönt stort intresse både i Sverige och utomlands.

Utgångspunkten i projektet har varit berättelsen om Esther och hur medarbetarna genom denna berättelse har sett sin del av helheten. Utifrån den ökade förståelsen av sin egen del i kedjan och andras roller har verksamheterna utvecklats och förbättrats. Projektet ”Esther” har övergått i ett nätverk och där den viktigaste frågan i alla diskussioner kring samverkan är: Vad blir bäst för Esther?

Jag har själv medverkat i Estherprojektet och har med åren förundrats över hur berättelsen om Esther kan skapa ett sådant engagemang hos personalen och hur den har medverkat till att öka förståelsen och kunskapen om varandras verkligheter. Genom att använda sig av berättelsen om Esther har det också varit lätt att förmedla budskapet kring vilka problem- och förbättringsmöjligheter som finns. Detta fenomen anser jag är intressant att utforska vidare, dels för att öka förståelse för hur berättelser påverkar, berör och kan öka människors kunskap, men också för att uppmuntra till att i större utsträckning använda sig av berättelser som pedagogiskt verktyg för utveckling och förbättring av hälso- och sjukvården och för dem vi är till för.

BAKGRUND

ESTHERPROJEKTET

Estherprojektet startade 1997 för att ledare och personal inom kommunerna, primärvården och medicinkliniken på Högländet såg ett behov av samverkan i hela vårdkedjan kring den äldre patienten/vårdtagaren. Akner (2004) beskriver hur den äldre människan, med en ökad livslängd, utgör en stor del av befolkningen och hur förekomsten av sjukdomar och/eller skador ökar kraftigt med stigande ålder. Detta ställer höga krav på sjukvården och den kommunala äldre- och handikappomsorgen. En stor del av samhällets samlade vårdkostnader går till sjukvården och omsorgen för

multisjuka äldre¹. Dessa multisjuka äldre behöver många gånger en längre tids sjukvård och rehabilitering med ett kvalitativt processtänkande genom hela vårdkedjan, från hemmet till sjukhuset, till primärvård och åter till kommunen och den enskildes boende.

Med ÄDEL-reformen, som trädde i kraft 1 januari 1992, fick kommunerna ett mer samlat ansvar för vård och service av äldre och handikappade. Reformen har gett möjlighet till avsevärt kortare vårdtid på sjukhusen. Omstrukturerad från sjukhusvård till vård i öppna former pågår fortfarande och påverkar innehållet och utvecklingsbehoven i äldrevården. Olika vårdgivare tvingas arbeta isolerade kring olika delproblem hos de äldre patienterna, vilket kan skapa frustration och vantrivsel, och bidra till den höga personalomsättningen i äldrevården (Akner 2004). Förutom denna förändring har sjukvården också ett stort krav på sig att arbeta med evidensbaserad sjukvård. Gamla metoder har övergivits och ersätts med nya i takt med forskningens framsteg. Enligt Ågren (1999) är kontinuerlig lärande och förståelse för varandra ett måste för att kunna producera hög kvalitet i hela vårdkedjan.

Mål och visioner

Den övergripande målsättningen och visionen med Estherprojektet, som senare också övergått i ett nätverk för äldrevården på Högländet, är att skapa ett hållbart och handlingskraftigt nätverk så att Esther kan uppleva trygghet och oberoende och leva ett självständigt liv.

Målen för Esther är:

- Hon ska veta vart hon ska vända sig.
- Hon ska få vård i eller nära hemmet.
- Hon ska uppleva kommuner och landsting som en vårdgivare.
- Hon ska ha en individuell vårdplan.

För dem som arbetar inom äldrevården på Högländet är målet:

- Alla medarbetare ska vara delaktiga och engagerade
- Man ska underlätta för varandra för Esthers bästa
- Det ska ske en kompetenshöjning i hela vårdkedjan
- Kvalitetsförbättringar ska ske kontinuerligt.

Genom att utveckla ett mer helhetsorienterat vårdssystem med fokusering på processerna inom vårdkedjan som helhet, har personalen på Högländet försökt arbeta mot dessa mål. För att konkretisera behovet och målsättningen skapades berättelsen om "Esther", en konkret patient och hennes behov inom vårdkedjan.

Högländets sjukvårdsområde och kommuner

Estherprojektet genomfördes på Högländet i Småland, vilket är den östra delen av Jönköpings Län. På Småländska Högländet bor omkring 110 000 invånare. Här följer en kort beskrivning av deltagande enheter för att förstå vilka utgångspunkter som finns för resultaten.

Medicinkliniken i Eksjö bedriver sluten internmedicinsk vård såväl akut som elektivt (behandling som inte behöver göras omedelbart utan vars tidpunkt och plats kan väljas

¹ Definition på multisjuk/-sviktande äldre enligt Akner (2004) s 39: Personer över 75 år med någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Detta innebär sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprovning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

när det passar bäst) och specialiserad öppenvård inom samma medicinska område. Den akuta vården drivs med tillgänglighet tjugofyra timmar per dygn alla årets dagar. Kliniken har 91 slutenvårdsplatser och omkring 260 anställda.

Den geriatriska rehabiliteringskliniken ligger i Nässjö, 20 km från Eksjö. Där sker inga akuta inläggningar utan enbart överflyttningar från akutklinikerna i Eksjö för rehabilitering eller planerade inläggningar för utredningar av olika kroniska sjukdomar som framförallt berör äldre människor, eller uppföljning efter stroke. Totalt har man 70 platser och omkring 100 anställda.

På Högländssjukhuset i Eksjö finns även akutmottagningen och ambulansverksamheten. Dessa verksamheter ska serva befolkningen dygnet runt. Sammanlagt arbetar omkring 100 personer på ambulansen och akuten.

Inom Högländets sjukvårdsområde finns sex primärvårdsområden och kommuner nämligen Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås och Vetlanda. Inom primärvården arbetar totalt ca 500 personer och inom kommunerna sammanlagt närmare 3000 personer. I varje kommun finns också minst ett apotek.

Vårdkedjor och processer

I Estherprojektet talas mycket om vårdkedjor och processer. Bergman och Klevsjö (2001 s 416) definierar process enligt följande *"en process är ett nätverk av aktiviteter som upprepas i tiden och vars syfte är att skapa ett värde åt någon extern eller intern kund"*. Processen handlar till stor del om koordination mellan människor, överenskommelser mellan individer som samverkar och om dessa individers kompetens. För att kunna utveckla och förbättra processen är det viktigt att förstå processen och utgå från kundbehovet. För att förstå processen krävs en systematisk kartläggning och skapa en gemensam bild av vad som sker idag (Bergman & Klevsjö 2001).

Det processorienterade arbetssättet är metodförebild för vårdkedjor. Vårdkedjor definierar Åhgren (1999 s 28) som *"samordnade aktiviteter inom hälso- och sjukvården som är sammanlänkade för att uppnå ett kvalitativt gott slutresultat för patienten"* Han menar att det innebär en strävan efter att både öka kostnadseffektiviteten och förstärka vårdkvaliteten. Ågren (1999) beskriver behovet av att vid vårdkedjearbete utgå från patientens väg genom sjukvårdens olika enheter. Detta gör det möjligt att upptäcka aktiviteter som inte medför något värde för patienten eller vårdprocessen. Eftersom vårdkedjeutvecklingen är gränsöverskridande, berörs flera enheter, funktioner och personalkategorier. Detta medför stora utmaningar om det ska fungera. Akner (2004) visar på problemen med vårdkedjor och svårigheterna i att förbättra samverkan och kommunikationen i vårdkedjan för den äldre multisjuka patienten. Ågren (1999) påpekar dock att det viktigaste i sammanhanget är vad vårdkedjan i sin helhet skapar för värde och inte hur kostnaderna fördelas mellan de samverkande enheterna.

En viktig inledning för ett vårdkedjeprojekt är att kartlägga berörda enheter och beskriva de aktiviteter/arbetsuppgifter som utförs för att skapa ett gemensamt lärande (Ågren 1999). Detta kan göras på olika sätt. I Estherprojektet valde man att göra djupintervjuer för att alla deltagande enheter skulle få komplettera berättelsen om Esther utifrån sin del av vårdkedjan och deras koppling till övriga enheter. Berättelserna speglar de olika kunskaper och kompetenser som behövs i Esthers vårdkedja. Inom den

kommunala vården är det framförallt omsorgen som är i fokus, men även omvårdnad i de kommunala boendena. Primärvården är den som ofta har helhetsbilden av patienternas medicinska problem och sköter hemsjukvården, medan sjukhusets kompetens och kunskap framförallt handlar om att ta hand om akut insjuknande, konsultverksamhet vid utredningar, rehabilitering eller uppföljning av vissa kroniskt sjuka patienter. Dessa olika bilder kopplades senare ihop till en gemensam bild och användes som utgångspunkt för förbättringsarbetet i Esthers vårdkedja.

KUNSKAP, KOMPETENS OCH LÄRANDET

Olika former av kunskap

Inom disciplinen vårdpedagogik finns enligt Pilhammar-Andersson (1998) tre profilmråden. Ett av dessa är yrkeskompetens inom vård och omsorg, vilket är av intresse för denna studie. Detta område studeras utifrån fyra olika perspektiv. *"Yrkeslivets krav på kunskap och kompetens; vård och omsorgspersonalens kunskaper, färdigheter, formell och reell kompetens; hur yrkeskunnande och kompetens förvärvas i utbildning och arbetsliv samt kunskaper och färdigheter omformas från utbildning till yrkeslivet."* (Pilhammar-Andersson 1998, s 1). Här framgår att kunskap och kompetens är ett centralt begrepp inom disciplinen. Olika infallsvinklar har studerats och även i denna studie blir detta ett centralt begrepp, utifrån vilken kunskap och kompetens som behövs för samverkan inom och mellan olika funktioner i ett team, men framförallt mellan olika enheter kring gemensamma patienter samt hur berättelsen om Esther kan användas för att förtydliga och förmedla denna kunskap.

Kunskaper och kompetens beskrivs ofta som viktiga förutsättningar för utveckling och framgång av individ, grupp och organisation. Kunskap kan beskrivas i olika former. En vanlig indelning är teoretisk kunskap eller påståendekunskap, praktisk kunskap eller färdighetskunskap och erfarenhetskunskap eller förtrogenhetskunskap (Ellström 1992). Den praktiska kunskapen och den erfarenhetsbaserade kunskapen benämns ibland även som tystkunskap (Ellström 1992). Tyst kunskap finns inte enbart på individuell nivå utan kan även finnas på organisationsnivå. Problemet med tyst kunskap i organisationen är att den nästan är omöjligt att fånga, reflektera över och arbeta med (Brown, Denning, Groh, Prusak 2005).

Kompetens

Ellström (1992) beskriver en vid definition av begreppet kompetens, vilket innefattar såväl teoretisk som praktisk kunskap och erfarenhetskunskap. Utöver detta ingår även känslomässiga, sociala och personlighetsmässiga faktorer. Ellström (1992) tar också upp kompetens dels för anpassning och dels för utveckling. Kompetens för anpassning är en individs sammanlagda förmåga att kunna klara av vissa uppgifter, vilka kan definieras av andra. För att utöva inflytande, påverka och förändra och för att ha kontroll över sin arbetssituation behövs kompetens för utveckling. För att kunna påverka och utöva inflytande behöver personalen identifiera det handlingsutrymme som finns. Ellström (1992) menar att det objektiva handlingsutrymmet bestäms av arbetsorganisationen och den typ av arbetsuppgift som ska genomföras. Det subjektiva handlingsutrymmet däremot bestäms t ex av yrkets tradition eller den kultur och det klimat som råder i en organisation eller på en arbetsplats, samt av individens föreställning om vad som är möjligt att göra.

Hedberg (2005) tar i sin avhandling fram behovet av kompetens för samverkan, som behövs i situationer där olika individer möts och interagerar med varandra. Denna kompetens förstås i relation till hur individer utför en viss uppgift i samverkan med andra. Kompetens för samverkan utvecklas vid teamarbete, när individer tillsammans skapar nya oväntade lösningar och förslag som överstiger kapaciteten hos någon av de enskilda individerna.

Vuxnas lärande och förståelse

Lärandet kan definieras både ur ett individperspektiv och ur ett grupperspektiv. Även andra kollektiv än grupper, till exempel organisationer, betraktas ofta som lärande subjekt. I det senare fallet talas det om organisatoriskt lärande eller lärande organisationer (Ellström & Hartman 2004). Ytterligare fokus som Ellström och Hartman (2004) tar upp är det informella lärandet, dvs. ett lärande som sker på basis av de erfarenheter som vi gör genom olika aktiviteter som vi engagerar oss i. Ibland kan detta lärandet ske oavsiktligt och omedvetet. Lärandet ses också som en central aspekt av subjektets samspel med sin omgivning och som ett resultat av detta samspel.

Illeris (2001) påtalar att vuxna behöver för sitt lärande en förståelse för det sammanhang man befinner sig i och sammanhängande strategier, som är relaterade till tydliga mål och inte lösryckta motiv. Detta bekräftas av Sandberg och Targama (1998). De hävdar att resultatet från en växande mängd tolkande forskning visar att förståelsen utgör basen för människors handlande. Denna kunskap visar att människors handlingar egentligen inte styrs av olika yttre faktorer som regler och instruktioner. Istället tycks människors handlande baseras på deras förståelse av sin situation, och därmed hur de förstår dessa regler och instruktioner. Därför är det viktigt att undersöka hur personalen förstår berättelsen om Esther, för att förstå hur människor tänker och agerar och vid behov påverka detta agerande.

Vad är då villkoren för lärandet? Vad är det som försvårar eller underlättar ett lärande på individ-, grupp- eller organisationsnivå? Det finns enligt Ellström och Hultman (2004) flera olika faktorer som påverkar lärandet. Arbetsuppgifternas utformning, komplexitet, autonomi och kompetenskrav har betydelse. Förutsättningar för lärande kräver att individen eller gruppen har de förutsättningar som krävs för att ta tillvara den handlingsfrihet som arbetet ger. Även Sandberg och Targama (1998) påtalar vikten av individens kunskap om och förståelse för uppgiften och dess relation till verksamheten som helhet.

Sandberg och Targama (1998) beskriver även vad som krävs för att utveckla en ny förståelse. Utifrån olika berättelser har de fångat följande punkter:

- personliga konkreta upplevelser
- känsloladdade upplevelser
- dialog med andra människor
- färgstark symbolisk representation

De drar därför den slutsatsen att det krävs något mer än traditionell information om man har ambitioner att påverka andra människors förståelse.

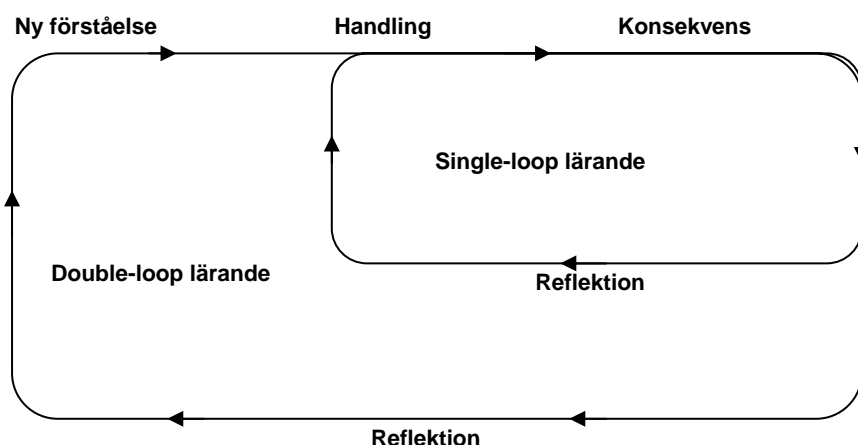
Senge (1995) menar att för att utveckla en verksamhet måste det skapas förutsättningar för lärandet. Ett lärande på individnivå betyder inte automatiskt att det sker ett lärande på organisationsnivå. Senge (1995) anser att orsaken till att många briljanta idéer och strategier inte omsatts i praktiken beror på dels hur vi uppfattar och skapar mening i vår

tillvaro och dels hur vi agerar. Detta påverkas också av vad vi ser. Individer kan observera samma händelse och beskriva den på olika sätt, bland annat på grund av att de har fokuserat på olika detaljer. Att vi ser saker på olika sätt är i sig inget problem, istället uppstår problemet om det utgörs av så kallad tyst kunskap som inte kan förmedlas. Organisationer kan enligt Senge (1995) utveckla stora problem på grund av skillnaderna i hur vi uppfattar saker och ting och hur verkligheten är.

En annan viktig del i en lärande organisation som Senge (1995) lyfter fram är systemtänkandet. I ett system förekommer många olika samband och interaktioner. Ett beslut eller förändring i en del av systemet kan få konsekvenser i helt andra delar av systemet. Systemtänkande och att se sin del i det övergripande systemet är avgörande för att skapa förståelse för hur man skall aktivera de krafter som behövs för att nå framgång och uppnå framtidsvisioner.

För utveckling och lärande i organisationen poängterar Argyris och Schön (1996) skillnaden i "single- and double-loop learning". "Single-loop learning" motsvarar i stort sett kompetensförstärkning och praxisutveckling. Det sker inom ramen för nuvarande system, arbetssätt och tänkande. De flesta problem kan lösas med ett single-loop learning angreppssätt när man ska rätta till fel eller för att snabbt och effektivt nå uppsatt mål. Regler och arbetssätt kan ändras inom nuvarande system, men den organisation inom vilken inlärningen sker ifrågasätts inte.

"Double-loop learning" däremot innebär att man ifrågasätter de grundsatser och värderingar som ens agerande baseras på. Det innebär ett medvetet kritiskt reflekterande över läroprocessen, dess mål, de kunskaper som förmedlas samt individens och organisationens roll och struktur. "Double-loop learning" handlar om mer radikala förändringar. För att komma fram till detta behöver problemet tydliggöras, man behöver reflektera och få en förståelse för vad som sker. Alla måste bli medvetna om att det inte går att lösa inom befintligt arbetssätt, en ny förståelse måste till. Enligt Argyris och Schön (1996) kan "double-loop learning" användas både på individ-, grupp- och organisationsnivå för att förändra normer och värderingar.



Figur 1: Illustration över single- och double-loop lärande. (egen tolkning med utgångspunkt från Illeris 2001 s 182)

Enligt Marton och Wenerstam (1984) uppfattar och tolkar människor sin omvärld väldigt olika. Ett illusoriskt samförstånd skyler över det faktum att vi ofta, utan att vara medvetna om det, talar om helt olika saker. Genom att kartlägga gränserna för människornas ömsesidiga förståelse kan dessa gränser vidgas och medföra en ökad kunskap om varandras verkligheter. Det behövs pedagogiska verktyg för att underlätta hur gränser kan förtydligas och för att underlätta förståelse och kunskapen om varandra. Ett sådant verktyg skulle kunna vara att använda sig av berättelser.

BERÄTTELSER

Det finns ett ökat intresse för berättandets betydelse och möjlighet i det levande livet och de olika aktiviteter som människorna är involverade i, för vårt sätt att erfara och få kunskap om världen, för att organisera och ge mening åt våra erfarenheter, för att konstruera våra identiteter och för att förmedla våra erfarenheter till andra (Heyman & Prieto 1998).

Berättelsebegreppet kan variera och uppfattas på olika sätt, men det finns några centrala och väsentliga drag som gör berättelsen just till en berättelse (Hydén 1997 s 20). *"Centralt för berättelse är händelser, som sker i ett visst sammanhang, är orsakad eller förorsakad av något och upplevda av någon och som framställs av någon"*.

Berättelse som terapi

Berättelser kan användas på olika sätt. Ett sätt är att låta berättelser fungera som terapi genom att människor får berätta om sina erfarenheter och upplevelser (Stone 1996). Stone (1996) tar upp problemet med att berättandet som tradition i stort har försvunnit för att ersättas med andra medier. I det moderna samhället tar vi oss sällan tid att lyssna till varandras berättelser och har inte förstått dess värde. Många människor mår bra av att få berätta om händelser från barndomen eller i samband med speciella händelser. Exempel på detta är barn som deltagit i krig. Stone (1996) berättar om hur man bland annat startade en organisation som heter Children of War. Där har man samlat barn från olika länder i skolor i USA och låtit dem berätta sina historier. På detta sätt kunde de ge barnen i USA, som inte upplevt krig, en bild av hur det kan vara. Men framförallt såg man värdet i att barnen som fick berätta om sina hemska upplevelser kunde känna glädje i detta och en befrielse från mycket av den smärta som dessa minnen orsakat.

Berättelse som kommunikation

Berättandet är en del i vårt sätt att formulera och förmedla erfarenheter och kunskap (Hydén 1997). Med hjälp av berättelser kan vi förstå både oss själva och andra, våra relationer och den värld vi lever i. Hydén (1997) menar därför att berättelser är en viktig form för att både nå kunskap och för att formulera och förmedla kunskap. Genom berättandet förklarar vi, förnekar eller poängterar, och med hjälp av berättelsen ger vi form och mening åt vår värld och våra upplevelser. Berättelser har också visat sig vara mycket användbart för att kommunicera komplexa idéer och uppmuntra människor att ändra sina beteenden. Berättelser kan användas för att få människor att bättre arbeta tillsammans genom att dela sina bilder, kunskaper och erfarenheter (Brown et al 2005). Kotter (1996) beskriver hur man för att se behov av att starta ett förbättringsarbete, behöver skapa en känsla av kris, behov av förbättring, men också en gemensam vision av vart man vill komma. För att kommunicera denna typ av framtidsvision har även här berättelser visat sig vara ett utmärkt verktyg (Denning 2001).

Berättelse som lärande

Det finns exempel på tidigare studier där berättelser har ökat kunskapen av olika människors uppgifter och agerande i en patientprocess och hur denna kunskap skapat en bättre relation och samverkan (Bate 2004). Bate hävdar att berättelser och berättandet ligger nära förändringsprocessen. Människor lär känna varandra och varandras organisationer genom att berätta storys för varandra. Genom dessa berättelser får man en delad mening och förståelse. I en liknande studie beskriver Greenhalghs (2004) hur man i ett forskningsprojekt fann att berättelser kunde ge mening åt och möjlighet att tolka den data man samlat in.

Brown et al (2005) beskriver ett antal olika karakteristiska drag i berättelser och berättandet som på ett genomgripande sätt påverkar organisationer och människor. En del av dessa är av intresse för denna studie:

- Med en berättelse kan man snabbt, övertygande och kraftfullt få fram ett budskap eller kommunicera komplexa idéer och övertyga människor att förändra
- Berättelser kan få människor att arbeta tillsammans
- Berättelser kan få människor att dela kunskap
- Berättelse kan tydliggöra mening och uppdrag för en organisation och göra det lätt för människor att komma ihåg och stimulerar "double-loop learning". Med vissa typer av berättelser kan man snabbt nå en djupare förståelse och utifrån denna förståelse förändra värderingar och attityder
- Berättelser kan användas för att kommunicera samverkan, känslor, behov av förändring

Berättelser är ett kraftfullt verktyg som kan hjälpa människor till ökad kompetens och förståelse av varandras verkligheter. Människor lär sig lättare genom att höra andras berättelser, det är lätt att komma ihåg en berättelse. Att lyssna till kunders eller patienters berättelser ger också ett lärande. Slutligen kan människor också få ökad insikt och förståelse genom att reflektera över sina *egna* berättelser (Brown et al 2005).

Med anledning av ovanstående text vill jag här nedan delge hela den berättelse som personalen fick förhålla sig till och utgå ifrån för att ta del av Esthers situation.

Estherberättelsen

Esther är född 1912. Hon bor på Storgatan i Vetlanda. De senaste nätterna har hon haft svårt för att sova. Hon kan inte andas och hennes ben svullnar. En morgon vaknar Esther och inser att detta inte går längre, hon behöver hjälp. Hon känner sig ängslig och orolig, för hon vet inte vart hon ska vända sig.

Esther gör som de flesta människor när de blir sjuka. Hon ringer en anhörig, sin dotter. Esthers dotter bor inte kvar i Vetlanda, hon bor i Stockholm. I vanliga fall tycker Esthers dotter att det är rätt ok att bo i Stockholm, men denna morgon hade hon gärna varit hemma i Vetlanda för att kunna hjälpa sin mamma. Esthers dotter ringer kommunen som skickar ett vårdbiträde för att titta till Esther. När vårdbiträdet hittar Esther flåsande och medtagen inser hon att här behövs hjälp. Hon ringer till distriktssköterskan som efter någon timme kommer till Esther. Även hon ser att detta inte går längre. Hon ringer vårdcentralen och bokar en tid till Esther, därefter beställer hon en ambulans som fram på förmiddagen kommer och hämtar Esther och kör henne till vårdcentralen.

På vårdcentralen får Esther träffa en distriktsläkare som undersöker henne, tar lite prover och bestämmer sig för att Esther behöver träffa en specialist. Distriktsläkaren skriver en remiss och beställer fram en ny ambulans som ska ta Esther till akutmottagningen i Eksjö.

På akutmottagningen får Esther efter ett tag först träffa en sjuksköterska som tar prover och ställer lite frågor, därefter får hon träffa en doktor, men ingen specialist. Den nya doktorn undersöker återigen Esther, ordinerar fler prover, vätskedrivande och bestämmer sig för att distriktsläkarens slutsats var korrekt, Esther behöver träffa en specialist. Eftersom det inte finns någon specialist på hjärtsvikt på akuten blir Esther inlagd på en medicinsk vårdavdelning, där det nästa morgon kommer att finnas en specialist.

Sent på eftermiddagen kommer Esther upp till en vårdavdelning. Där får hon åter svara på frågor, fler prover tas och ytterligare vätskedrivande ges. Esther är mycket trött efter varit igång hela dagen och behöver uppsöka toalett efter allt vätskedrivande. Denna första dag träffade Esther mer än 35 olika personer. Det är fler än hon träffar på en hel månad i vanliga fall. Det är bara synd att hon var sjuk den dagen.....

Utifrån Estherberättelsen och de kunskaper som finns kring kompetens, lärande och förståelse, dök en mängd olika frågor upp som är av intresse att utforska närmare. Vilken kunskap och förståelse hade personalen i inledningen av Estherprojektet av sin egen verksamhet och i samverkan med andra delar av vårdkedjan? Kunde berättelsen om Esther hjälpa människor att få en gemensam bild och ökad kunskap av sin egen och andras verklighet? Fick personalen ytterligare kunskap och förståelse av behovet av samverkan genom att de via intervjuer fick komplettera Estherberättelsen med sina egna erfarenheter? Kunde denna kunskap, förståelse och gemensamma bild användas för ett lärande hos individer, grupper och organisationer? En avgränsning för denna studie var dock nödvändig.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva variationer av kunskap och förståelse för det egna uppdraget i samverkan med andra i vårdkedjan, utifrån berättelsen om Esther, och hur lärandet uppfattas på individ-, grupp- eller organisationsnivå.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Vilken kunskap och förståelse för det egna uppdraget i samverkan med andra framkommer i intervjuerna med deltagarna i Estherprojektet?
Vilka uppfattningar om lärandet framkommer?

METOD

Denna studie är genomförd ur ett kvalitativt perspektiv där det intressanta har varit att se variationen i att erfara specifika fenomen i den egna verksamheten och i samverkan med andra utifrån Esther berättelsen och i den vårdkedja hon berörs av. Enligt de definitioner som Marton och Booth (2000) beskriver för fenomenografi har därför denna ansats ansetts lämplig för att genomföra denna kvalitativa undersökning.

FENOMENOGRAFI

Fenomenografi är en kvalitativt inriktad empirisk forskningsansats, där forskaren intresserar sig för människors uppfattning av olika aspekter på fenomen i omgivningen. Den fenomenografiska utgångspunkten är att företeelser omkring oss kan ha olika innebörd för olika människor. Forskaren försöker fånga, beskriva, analysera och tolka olika uppfattningar om företeelser i omvärlden. Därför kan svaren inte betraktas som rätt eller fel, utan det är uppfattningar som fokuseras. En avgränsning görs i det att man fokuserar på en eller ett begränsat antal aspekter av ett fenomen (Larsson 1986).

Fenomeno betyder ”*det som visar sig*” och grafia betyder ”*att beskriva i ord eller bild*”. Fenomenografi betyder därför att beskriva det som visar sig. Det som visar sig för våra sinnen. Syftet med fenomenografi är att beskriva hur fenomen – företeelser eller objekt – i omvärlden uppfattas av människan. Uppfattning är därför ett centralt begrepp. Fenomenografins forskningsintresse är således att beskriva olika människors olika uppfattningar beroende på olika erfarenheter och kunskaper, och resultatet är variationen av dessa uppfattningar (Alexandersson 1994).

Fenomenografi används för att identifiera, formulera och hantera vissa typer av forskningsfrågor, en specialisering som framförallt uppmärksammar frågor som har visat sig vara relevanta för lärande och förståelse i en pedagogisk miljö (Marton & Booth 2000). I en kvalitativ undersökning försöker man nå en förståelse för den livsvärld människor har, det sätt de ser på sig själva och sin relation till sin omvärld. (Hartman 1998).

I Estherprojektet, som startade 1997 för att omkring år 2000 övergå i ett nätverk, var utgångspunkten att i samverkan mellan olika berörda enheter skapa en bättre vårdkedja för Esther. Bilden av vad som händer Esther kan upplevas olika beroende på vilket perspektiv som man utgår ifrån. Därför harmoniserar en fenomenografiska ansats väl med intentionerna i denna studie.

ARBETSGÅNG

Arbetet började med en avgränsning samt ett urval av undersökningsgrupp. Jag har valt att studera redan genomförda och dokumenterade djupintervjuer som genomfördes inom ramen för Estherprojektet. Detta gör att urvalet är begränsat till de intervjuer som gjordes med personal som medverkade i projektet. Genom mitt eget deltagande i Estherprojektet har jag tillgång till projektdokumentationen och där fanns dessa intervjuer att tillgå. Den person som initierade Estherprojektet har föreslagit och uppmuntrat mig till att använda intervjuerna för denna studie. För att förstå utgångspunkten för min avgränsning och mitt urval av intervjuer vill jag här först beskriva hur intervjuerna i Estherprojektet genomfördes.

Intervjuer i Estherprojektet

I inledningen av Estherprojektet genomfördes sjutton ostrukturerade djupintervjuer med sammanlagt fyrtiosex personer ur olika personalkategorier och från olika enheter inom kommun, apotek och landsting (se tabell 1). Antalet intervjuer byggde på att det finns sex kommuner och sex primärvårdsområden på Höglandet och det genomfördes en

intervju per ställe. Övriga intervjuer gjordes på urval av vilka enheter som deltog i projektet. Medicinkliniken var en stor klinik därför genomfördes två intervjuer där, på övriga enheter genomfördes en intervju per enhet. Intervjupersonerna var utvalda för att representera olika personalkategorier för att förhoppningsvis kommer att täcka möjliga variationen, vilket enligt Alexandersson (1994) är det avgörande i en fenomenografiska studie och inte nödvändigtvis ett representativt underlag för populationen. Urvalet är också relevant i förhållande till den företeelse som skulle studeras då alla deltog i Estherprojektet samt arbetade aktivt med de patienter och vårdtagare som Esther representerar. Intervjuerna genomfördes i grupp om två till tre personer i varje. Intervjuerna var utformade för att deltagarna skulle komplettera berättelsens om Esther utifrån sina egna erfarenheter och bilder av vad som händer med Esther i deras verksamhet och i samverkan med andra. Det var ostrukturerade intervjuer och deltagarna fick i uppgift att beskriva Esther väg, vårdkedjan, utifrån deras olika perspektiv, med endast några öppna frågor som stöd. Dessa frågor var till exempel: Vad initierar processen för Esther? Vilka är involverade? Hur lång tid tar olika steg? Vilka problem- eller förbättringsområden kunde man se? Intervjuerna genomfördes efter att projektet startat och alla intervjupersoner hade fått definiera patientvärden, viktigaste samarbetspartners och Estherberättelsen hade börjat ta form. Intervjuerna genomfördes av två personer, en som ställde frågor och en person som dokumenterade intervjun direkt. En intervjumall användes för dokumentation (se bilaga 1). Efter att intervjun skrivits ren skickades den till alla som närvarat vid intervjun för eventuella korrigeringar eller tillägg. Jag har ingen uppfattning av i vilken omfattningar ändringar gjordes.

Det genomfördes även sex intervjuer med patienter, en från varje kommun. Intervjuerna genomfördes i hemmiljö och i samma format som med personalen. I vissa av intervjuerna var även anhöriga delaktiga. Jag har dock valt att inte använda patientintervjuer i min studie och kommer därför inte beröra dessa mer i denna uppsats. Intervjun från apoteket var genomförd utifrån lite andra frågeställningar, därför valde jag att inte heller ta med den i studien.

Tabell 1. Totalt antal genomförda intervjuer från olika enheter samt antal deltagare i olika professioner. Inom parantes anges antal intervjuer samt antal personer i olika professioner som ingick i denna studie.

	Ssk/ Dsk	Läkare	Usk/vård bitr	Bistånds handl ²	Sjuk- gymnast	Arbets terapeut	Sekr	Farma- ceut
1 Akuten och Ambulans (1)	2(2)		1(1)					
1 Apoteket								2
6 Kommuner (3)	9(2)		1(1)	4(3)	2(1)	2(1)		
6 Primärvård (3)	7(2)	3(1)	3			1		
3 Sjukhus (2)	5(3)	2(1)	1(1)				1	
17 totalt (9)	23(9)	5(2)	6(3)	4(3)	2(1)	3(1)	1	2

Urval

Då materialet med sjutton intervjuer är stort för en uppsats på c-nivå har jag valt att halvera antalet intervjuer som ingår i min studie. För att ändå ha kvar variationen valde

² Vissa kommuner kallar biståndshandläggare för omsorgssekreterare eller hemtjänstassistent. För enkelhetens skull har jag valt att i denna uppsats använda begreppet biståndshandläggare för alla.

jag att halvera antalet intervjuer från kommunerna, primärvården, och medicinkliniken till tre vardera för kommun och primärvård och en för medicinkliniken. Jag började med att ta bort intervju som jag själv medverkat vid. Därefter gjorde jag urvalet genom att ta varannan intervju i bokstavsordning. För medicinkliniken tog jag den första, översta intervjun. För akuten/ambulansen samt den geriatrisk rehabiliteringsklinik var endast en intervju genomförd på vardera stället, därför behölls båda. Sammanlagt blev det nio intervjuer med totalt nitton personer ur olika personalkategorier, men med övervägande sjuksköterskor. Denna begränsning av materialet gör att även om jag deltagit i Esther-projektet så har jag inte personligen medverkat vid någon av de intervjuer som ingår i min studie.

Datainsamling och databearbetningen

Datainsamling och databearbetningen utgår, som tidigare beskrivits, från redan genomförda och nedskrivna intervjuer. Eftersom jag har använt material och djupintervjuer från projektet som är insamlat tidigare, har jag använt mig av en analytisk induktion, vilket enligt Hartman (1998) innebär att teoretiseringen kommer efter att all relevant datainsamling är genomförd

I databearbetningen har jag utgått från mitt syfte och tittat efter de variationer som framkommer i kunskap och förståelse för uppdraget av den egna verksamheten samt i samverkan med andra. Utifrån denna genomgång har olika kategorier utkristalliserat sig som framgår av resultatet.

Analys och tolkning

I min analys och tolkning har jag utgått från Alexanderssons (1994) fyra olika faser som bygger på att först bekanta sig med materialet, se efter likheter och skillnader, kategorisera i beskrivningskategorier och slutligen fastställa ett kategorisystem.

Jag började analysen med att bekanta mig med materialet genom att fånga frekventa utsagor kring kunskap och förståelsen för uppdraget och samverkan. I den andra fasen uppmärksammade jag likheter och skillnader i svars-kategorier. Det vill säga hur man framställer kunskap, kompetens och förståelse om det egna uppdraget och i samverkan med andra. I den tredje fasen kategoriserade jag uppfattningar i beskrivningskategorier. De olika svarsalternativen har kunnat hänföras till olika beskrivningskategorier i förhållande till de frågeställningar som finns i syftet med studien. Slutligen har jag sammanställt materialet i nedanstående fastställda kategorisystem.

Den första beskrivningskategorin som jag valt att utgå ifrån är hur man beskriver kunskap och förståelse om sin egen verksamhet och dess uppdrag för att ta hand om Esther. Tre områden har framkommit vilka är; kunskap om händelser som initierar processer, kunskap av arbetets innehåll samt kunskap om vårdplanering inom den egna verksamheten. Det andra beskrivningskategorin som jag studerat är kunskap och förståelsen för samverkan med andra och för det större sammanhang man befinner sig i. Även här har tre områden framkommit; kunskap om arbetsprocesserna i länkarna mellan enheter, kunskap om informationsöverföring och kommunikation samt kunskap om vårdplanering mellan enheter.

Resultatet har jag diskuteras utifrån uppfattningar av kunskapen kring uppdrag och samverkan som framkommit, kopplat till berättelse som ett pedagogiskt verktyg samt lärande och förståelse. Även Argyris och Schöns (1996) teori kring ”singel- och double-

loop learning” är intressant att diskutera i detta sammanhang, för att se om det kan bekräftas som Browns et al (2005) talar om att berättelser stödjer "double-loop learning". För att studera detta har jag sökt i materialet efter utsagor som tyder på ett djupare ifrågasättande av värderingar och grundsatser, t ex om olika patientvärden nämns. Formuleringar som tyder på ett mer kritiskt reflekterande över hur Esther omhändertas och kunskap kring detta på individ-, grupp- eller organisationsnivå.

TROVÄRDIGHET OCH ETISKA ASPEKTER

Studien är en dokumentstudie med ett antal redan genomförda intervjuer. Avsikten med intervjuerna var från början att använda som underlag för förbättringsarbete, vilket är annat än det jag använt dem för i denna studie. Intervjupersonerna är inte informerade om att denna studie genomförs. Däremot har den person som initierade Estherprojektet och som arbetet med projektet uppmuntrat mig till denna studie och föreslagit att jag skulle använda mig av intervjuer i Estherprojektet. Jag har övervägt användandet ur ett etiskt perspektiv, men då det är några år sedan intervjuerna genomfördes och då det inte i denna studie går att identifiera personerna som deltagit eller exakt vilken sjukhusklinik, kommun eller primärvårdsområde som sagt vad, anser jag att materialet kan användas i min studie. Antalet intervjuer och mängden av intervjupersoner är en styrka för studien.

Jag har också ur ett etiskt perspektiv övervägt det faktum att jag själv arbetar inom Högländets sjukvårdsområde och har varit aktiv i Estherprojektet. Ur detta perspektiv ser jag det som en styrka att intervjuerna redan var genomförda och jag inte personligen deltagit vid någon av de intervjuer som ingår i min studie.

RESULTAT

Den övergripande målsättningen med Estherprojektet var att utveckla en helhetssyn och förbättra vårdkedjan utifrån den äldre patienten perspektiv. Genom att använda berättelsen om Esther skulle en gemensam bild skapas av hur den egna verksamheten fungerar, hur samverkan med andra fungerar och vilka problem- och förbättringsområden som fanns. Intervjuerna i Estherprojektet var till för att komplettera berättelsen om Esther utifrån de olika enheternas perspektiv och erfarenheter, för att fånga problem- och förbättringsområden. Detta skulle sedan utgöra grunden för ett förbättringsarbete i samverkan mellan alla deltagande enheter. Det som gjort Estherprojektet uppmärksammat på många håll är vinsterna som setts i att personalen lärt känna varandra och genom detta ökat kunskap och förståelse för varandras arbete och samverkan mellan de enheter som är involverade i Esthers vårdkedja. Upplevelsen är att berättelsen om Esther ytterligare har bidragit till denna förståelse. Intressant för denna studie var att fånga enheternas kunskap och förståelse för det egna uppdraget och samverkan, utifrån Estherberättelsen.

Resultatet är analyserat och presenterat utifrån två beskrivningskategorier (se tabell 2). Dessa är; vilken kunskap som framkommer om det egna uppdraget samt vilken kunskap som finns om samverkan med andra i vårdkedjan. Tre områden har framkommit i vardera området. För kunskap om det egna uppdraget är materialet indelat i följande

områden; kunskap om hur processer initieras, kunskap om vårdplanering inom den egna enheten samt kunskap om arbetets innehåll. Inom beskrivningskategorin, kunskap kring samverkan har följande områden framkommit; kunskap om arbetsprocesser mellan enheter, kunskap om kommunikation och informationsöverföring samt kunskap om vårdplanering mellan enheterna. Resultaten visas uppdelade utifrån kommunernas perspektiv, primärvården, sjukhuset och akuten/ambulansen. Därefter följer diskussion utifrån metoden, resultat samt en konklusion.

Tabell 2: Redovisning av resultaten utifrån två beskrivningskategorier. Resultaten visas för kommunerna, primärvården, sjukhuset och akuten/ambulansen separat.

Kunskap om det egna uppdraget			Kunskap om samverkan		
Berättelser som visar på kunskap om hur processer initieras	Kunskap om vårdplanering på den egna enheten	Kunskap om arbetets innehåll	Berättelser som visar kunskap om arbetsprocesser mellan enheterna	Kunskap om informationsöverföring och kommunikation	Kunskap om vårdplanering mellan enheter

KUNSKAP OM DET EGNA UPPDRAGET

En del i lärandet och utveckling av verksamheter i samverkan är att ha kunskap om och förståelse för den egna verksamheten och det egna uppdraget. I kompletteringen av Esther berättelsen har enheterna beskrivit hur patientflödet fungerar genom enheterna. De tre olika kategorier som framkom visar en viss variation på kunskapen och förståelsen om det egna uppdraget. Här framkommer kunskap som individen behöver för att utföra sitt arbete, men även vilken kunskap som behövs på grupp och organisationsnivå.

Kommunerna

De tre kommunerna beskriver kunskap och förståelse för hur de ska tillhandahålla vård och omsorg dels i särskilt boende, på korttidsplatser eller i patientens³ eget hem.

Berättelser som visar på kunskap om hur processen initieras

Deltagarna visar på kunskap om det egna uppdraget genom att beskriva de händelser som initierar eller startar upp processer för patienterna eller för personalen.

I intervjuerna med kommunerna framkommer variation i kunskapen kring hur personalen hanterar olika situationer när en patient insjuknar. Den första kommunen beskriver vad som händer när en patient insjuknar hemma eller på särskilt boende. Då kontaktar sjuksköterskan eller vårdbiträdet den distriktsläkare som patienten går till eller ringer akuten direkt. Den andra kommunen beskriver hur de ibland skicka patienten direkt in till akuten utan att ringa först. Detta kan dock ifrågasättas av andra led i vårdkedjan. *"Personalen på akuten kan ibland vara lite snorkiga och ifrågasättande varför man skickar in patienten"*. Den tredje kommunen beskriver hur de skickar en patienten i ambulans till akuten. De uppger att de alltid skickar med skriftlig information om vad som hänt, utförda åtgärder samt telefonnummer till kommunpersonal och anhöriga.

³ Inom den kommunala vården används ofta ordet vårdtagare eller boende istället för patient, eftersom man inte upplever att en person som bor i eget boende eller på servicehus är patient. Jag har dock valt att använda ordet patient genomgående för enkelhetens skull.

En annan berättelse som visar på kunskap kring hur en process initieras är beskrivningen av hur patient skrivs hem från sjukhuset till eget boende eller till särskilt boende. Den första kommunen beskriver hur detta sker efter att kontakt har tagits från sjukhuset att patient är på väg hem. Vissa patienter kommer till en sviktplats för ytterligare rehabilitering innan de kan gå hem till eget boende. När patienter ska skrivas ut från sjukhuset med nya vårdbehov ska en vårdplanering ske. Detta verkar vara en stor fråga med många olika åsikter hur det ska gå till, vem som ansvarar, var den ska ske och vilka som ska närvara. Den andra kommunen beskriver hur biståndshandläggare är den som är självklar att ingå i vårdplaneringen men vilka som ytterligare ska närvara finns det en delad mening om. Kommunens sjuksköterska deltar ibland och även arbetsterapeut eller sjukgymnast kan vid enstaka fall delta vid vårdplaneringen. Det händer att biståndshandläggare och sjuksköterska besöker sjukhuset för att träffa patienten och vårdplanera inför hemgång. *"...men det är svårt att veta hjälpbehovet på sjukhuset."*

Kunskap om vårdplanering inom den egna enheten

Vårdplanering är en företeelse som både kan förekomma regelbundet för patienter inom den egna enheten eller för planering i samverkan mellan kommuner, primärvård och sjukhus när en patient ska komma hem från sjukhuset med nya behov. Kunskap om hur vårdplanering fungerar inom den egna enheten lyfter alla kommuner fram på olika sätt. En kommun tar upp problemet med patienter som har olika sjukdomar eller problem som måste hanteras på olika sätt. *"Åldersdementa är en storgrupp som kräver mycket åtgärder."* En grupp som kräver extra planering, insatser och kunskap är patienter som terminalvårdas i hemmet eller på särskilda boenden.

Den första kommunen beskriver att vårdplanering sker var fjortonde dag med olika personalkategorier närvarande. Läkarmedverkan vid dessa tillfällen ses dock som en brist. *"Läkare är alltid inbjudna, men kommer aldrig"*. Den andra kommunen har vårdplanering var annan månad. Den tredje kommunen beskriver vårdplaneringen på annat sätt. De har en prioriteringsgrupp som träffas en gång i veckan för att planera vilka patienter som ska få plats på servicehus eller är i behov av en rehabiliteringsperiod. I denna prioritering ingår också att ordna med hjälpmedel som patienten behöver när han kommer till det särskilda boendet men även att planera för patientens framtid. Då vårdplanering är ett arbetssätt som kräver multiprofessionellt deltagande framkommer det att det inte bara behövs kunskap och förståelse på individnivå utan det är minst lika viktigt att det finns kunskap och förståelse på grupp- och organisationsnivå för att veta vem som gör vad.

Kunskap om arbetets innehåll

Kommunens personal beskriver olika kunskap och förståelse av arbetsinnehållet. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster från alla tre kommunerna tar upp att ett viktigt kompetensområde i deras arbete är att upprätthålla patienternas egna funktioner. Bristande rehabiliteringstänkande gör detta svårt *"Personalen har för bråttom och hjälper patienterna för mycket. De får mindre och mindre tid att ägna åt patienten. Städning och liknande tar tid. Personalen är också olika intresserade och prioriterar därför olika."* En del är osäkra och låter därför bli. Det finns också mycket personal i kommunerna som saknar utbildning. Dessa upplever att de inte har kompetens att bemöta det ökande behovet av vård och rehabilitering. En sjukgymnast menar; *"Vår*

uppgift är att arbeta med att sprida en lärande attityd till annan personal om patientens behov av rehabilitering."

Den första kommunen beskriver att de använder lathundar över vilka åtgärder som ska vidtas och vilka som ska kontaktas om t ex en patient insjuknar.

I sjuksköterskornas kunskap om sitt arbete i kommunerna framkommer framförallt den individuella kompetensen som viktig då de upplever att det är ett ensamt jobb. De påtalar också bristerna i att kunna utnyttja kompetens på gruppnivå, då de menar att det sällan finns chans att diskutera med eller rådfråga kollegor. Flera av kommunernas sjuksköterskor känner också att de har för lite information för att kunna göra ett bra jobb. *"...måste hela tiden leta och stå på sig för att få den information man behöver."* Den tredje kommunen upplever att mycket av innehållet av sjuksköterskornas arbete består av dokumentation. *"...vi vill vårda patienterna istället."* De upplever också att kunskapen om hur det ska dokumenteras är skiftande, vilket gör det otydligt och svårt att greppa.

Primärvården

Berättelser som visar på kunskap om initiering av processen

Primärvården presenterar olika berättelser som visar på kunskap kring hur processer initieras. De första två intervjuerna från primärvården beskriver flera olika sätt som patienten kan komma i kontakt med primärvården på. Patienterna kan dels ringa själva eller komma in till vårdcentralen. Det kan också vara någon från kommunen, sjuksköterska eller vårdbiträde som ringer. Slutligen kan det komma en epikris eller telefonsamtal från sjukhuset att en patient är på väg hem eller kommit hem och är i behov av uppföljning från primärvården. Om patient kommer till vårdcentralen eller ringer är det en sjuksköterska som tar emot och lyssnar efter behov och slussar patienten till rätt instans. Patienten kan därefter få en tid till doktorn eller till distriktssköterska. Den sista primärvårdsintervjun beskriver enbart vad som händer när patienten kommer hem från sjukhuset. Dessa berättelser visar på en kompetens och förståelse på gruppnivå hur patienter ska hanteras när processer initieras. Flera olika professioner är involverade i processen.

Kunskap om vårdplanering inom den egna enheten

Den tredje primärvårdsintervjun är den enda av primärvårdens intervjuer som tar upp vårdplanering som något regelbundet förekommande inom den egna enheten. Kallelse för vårdplanering går ut till berörda några dagar i förväg. Där framgår vilka patienter som ska diskuteras och vilket problemet är. På så sätt kan alla berörda komma väl pålästa vilket ger ett effektivt arbetsmöte.

Kunskap om arbetets innehåll

Primärvården lyfter fram kunskap om arbetets innehåll på flera olika sätt. Den första primärvårdsintervjun beskriver hur distriktssköterskan är den som har kunskap om hur en första bedömning av patienten ska gå till, när patienten själv eller anhöriga ringer. Distriktssköterskan har också en arbetsledande funktion i förhållande till undersköterskorna i primärvården och förmedlar kunskap om såromläggningar eller benbindning. Om distriktsläkaren vill ha hjälp av distriktssköterskan för eventuella behandlingsåtgärder sker denna information muntligt eller skriftligt på en lapp eller i journalen. Distriktsarbetsterapeutens har kompetens i hur hjälpmedel ska provas ut, vilket därför är en viktig uppgift för denna funktion.

I den tredje primärvårdsintervjun beskrivs att i distriktsköterskornas kompetensområde ingår även hälsoarbete och förebyggande hälsovård men där tiden för detta sällan räcker till. "*Dokumentationen tar mycket tid, en del kanske är onödigt när inget har ändrats i patientens status.*" I detta sammanhang tar en distriktsläkare upp behovet av mer tid för förebyggande hembesök. Endast om en patient avlider så *måste* läkaren göra hembesök.

Sjukhuset

Berättelser som visar på kunskap om hur processer initieras

Klinikernas olika berättelser visar på kunskap om hur processer initieras. Eftersom klinikerna har olika kompetens och kunskap initieras processerna på olika sätt. För att starta en process på en klinik som tar emot akuta patienter kan patienterna antingen komma via akuten eller via en remiss som har skickats från primärvården för att patienten har behov av specialistvård eller utredning. Patienten kan då antingen kallas för en planerad inläggning till en vårdavdelning eller som i de allra flesta fall som ett besök till mottagningen. Patienter kan också komma för återbesök till mottagningen för uppföljning av ett vårdtillfälle på avdelning eller ett tidigare besök på mottagningen. Några få patienter kan även komma direkt till en vårdavdelning från hemmet när de insjuknar.

På en annan klinik finns kompetens och kunskap mer ur ett rehabiliterings perspektiv. Där tas inte några akuta patienter emot. För patienterna finns två alternativ att komma till kliniken, antingen via någon akutklinik eller via remiss från primärvården. Vid denna intervju framkommer god kunskap om hur remisshanteringen fungerar. Från akutklinikerna kommer remisser, en bedömning av remisserna sker och därefter tas patienten som anses lämpliga för rehabilitering över. En remiss har tagits fram som används vid överflyttning. Överföring av patientdata från akutklinikerna sker via fax. Remisser från primärvården kommer i regel med post och värderas av läkare. "*Det kan vara svårt att hitta rätt person eller anhörig att kontakta när patienten ska läggas in från hemmet.*"

Kunskap om vårdplanering inom den egna enheten

Från båda sjukhusklinikerna framkommer en kunskap kring behovet av planering av patienternas fortsatta behov av vård och behandling. Eftersom vårdtiden är så kort på akutkliniken måste en planering för fortsatt vård finnas med från början. Vid utskrivning från vårdavdelningen ser man gärna att anhöriga deltar eftersom patienten inte alltid uppfattar den information som ges. Planering av rehabiliteringsbehov och förberedelse inför hemgång startar i god tid.

Kunskap om arbetets innehåll

I beskrivningarna av kunskapen kring arbetets innehåll framhåller framförallt sjuksköterskorna på en av sjukhusklinikerna att mycket tid används för information till patienter och anhöriga. Patienter som läggs in på en vårdavdelning får information om vad som ska hända samt avdelningsrutiner. För att kunna informera patienter på ett bra sätt framkommer ett behov av kunskap och kompetens inom många olika områden, även ett pedagogiskt behov i *hur* informationen ska ges för att patienterna ska förstå.

Läkarna på akutkliniken är de som möter patienterna på akuten, vilket kräver stor kunskap och kompetens inte enbart kring det medicinska utan även kring hur kommunerna och primärvården fungerar, samt sjukhusets rutiner. Det finns nedskrivna

rutiner hur olika patienter ska hanteras. Brister kan dock ses i att rutinerna inte alltid följs. Vissa patienter med t ex misstanke på hjärtinfarkt går direkt till hjärtintensiven och undersöks där. Efter undersökning informeras patienten om vad som är planerat.

Vid överflyttningar till andra kliniker måste det finnas kunskap och förståelse för rutiner kring hur överföringen ska gå till. *"Mycket tid går åt till att dokumentera samma uppgifter flera gånger, exempelvis skrivs medicinlistan om igen."* Ett tydligt behov som efterfrågar är en gemensam medicinlista och tillgång till primärvårdens journal för att slippa dubbeldokumentationen. Detta anser man borde gå att lösa via en elektronisk journal.

En klinik lyfter fram vikten av att personalen har rätt kompetens och kunskap att ta hand om olika patientgruppers olika behov. *"Det går ett rykte att strokepatienter sprids på olika vårdavdelningar vilket är ett bekymmer för att det kan försämra vården för en patientgrupp som ställer höga krav på specialiserad kompetens"*.

Akuten och ambulansen

Berättelser som visar på kunskap om hur processen initieras

Ambulansen och akuten presenterar en stor kunskap och förståelse för vad som händer när "Esther" insjuknar. Ambulansen är ofta den första som kommer till en patient som insjuknat. De får larm via SOS-alarm. På plats förhör sig ambulanspersonalen om vad som hänt och får information från anhöriga och patienten själv. Ibland finns distriktssköterska eller kommunens vårdbiträde på plats. I denna situation krävs stor kunskap och kompetens inte bara för det medicinska utan även en stor social kompetens för att kunna hantera oroliga anhöriga och visa patienterna ett bra bemötande.

Kunskap om vårdplanering på den egna enheten

Denna klinik visar inte direkt någon kunskap kring hur vårdplaneringen går till på den egna enheten. Detta kan bero på att detta inte upplevs som aktuellt på en akutmottagning. De menar att de flesta patienterna känner sig väl omhändertagna, men vid hög belastning blir det långa väntetider och det kan vara svårt att tillgodose alla patientens behov.

Kunskap om arbetets innehåll

Kunskapen om och förståelsen för arbetets innehåll visar att personalen upplever att de gör samma arbete om och om igen. Merparten av akutens patienter är äldre och multisyuka, som kommer tillbaka efter att bara varit hemma en kort tid. *"Samma arbete som man nyss gjort börjar om igen!"*

Patienten undersöks av läkare på akuten. *"...tillgången på läkare är en flaskhals men ska bli bättre."* Det är också olika rutiner bland läkarna hur man hanterar inkommande patienter. En del ansvarar för hela "lådan" (väntande journaler) och ger sjuksköterskan möjlighet att förbereda patienten, provtagning, papper etc. andra tar en journal i taget. Detta kräver stor förståelse och kunskap hos sjuksköterskorna för att kunna hantera.

Resultatsammanfattning för kunskap om det egna uppdraget

För kunskap och förståelse av sin egen verksamhet och sitt uppdrag beskrivs en variation av olika processer och uppfattningar. I alla exempel framkommer att det behövs stor kompetens, kunskap och förståelse hos den enskilda individen, t ex sjuksköterskan, för att kunna ta hand om patienten på ett bra sätt. Men det visar också

vikten av kunskap och förståelse i hela teamet. Vem gör vad? Det framkommer också att det inte bara behövs kunskap i omvårdnad, rehabilitering och inom det medicinska området, utan det är också viktigt att ha kunskap om rutiner och arbetssätt på den egna enheten. Kunskapen och förståelsen för den egna verksamheten framkommer dock som god. Deltagarna beskriver sin kunskap på olika sätt men ändå tydligt.

I resultatet av studerade intervjuer framgår att alla enheter har kunskap om och förståelse för hur processer initieras på deras egen enhet. *Hur* detta går till varierar dock beroende på var i vårdkedjan man befinner sig. De deltagande enheterna beskriver dels kunskapen om hur processen startar genom att en patient kommer till deras enhet på olika sätt och dels när en patient ska lämna deras enhet.

Enheterna har även en god kunskap om arbetets innehåll. De beskriver olika ingående hur de arbetar med olika frågor i vardagen. Arbetets innehåll skiljer sig mellan de olika enheterna vilket är naturligt då det t ex är skillnad att arbeta på en akutklinik eller i kommunens särskilda boende. Det beskrivs dock också en skillnad vad man beskriver inom de tre kommunerna och de tre primärvårdsområdena. Detta kan tänkas beror på att det är olika frågor som är olika aktuella eller att olika personalkategorier deltog vid intervjuerna och därför lyfter fram olika aktiviteter.

En fråga som framkommer som väldigt central är vårdplaneringen. Vårdplanering är den planering som görs för att tillfredsställa patienternas behov av vård och omsorg. Kunskapen om hur vårdplanering går till beskrivs framförallt i kommunerna som något kontinuerlig och återkommande. Kommunerna beskriver olika varianter på denna aktivitet. Det behöver dock inte ses som något negativt, eftersom deltagarna från de olika kommunerna verkade känna till arbetssättet som gällde för dem. De kan beskriva hur vårdplanering på den egna enheten fungerar, vilket är en utgångspunkt för den gemensamma vårdplaneringen. I primärvården var det bara en enhet som kommenterade den kontinuerliga vårdplaneringen. Där framgick den dock som välfungerande. På sjukhusets kliniker diskuterades inte vårdplanering på den egna enheten på samma sätt som i kommunerna. De syftade mer till den planering av vårdtillfället som görs när en patient kommer till enheten. Akuten och ambulansen berörde inte denna företeelse alls.

KUNSKAP OM SAMVERKAN

En annan del som behövs för lärandet och utveckling av vårdkedjan är kunskap om och förståelse för hur samverkan med andra enheter fungerar. Inom detta område har också vissa kategorier framkommit och även här finns en variation hur man beskriver dessa. Kategorierna är; berättelser som visar på kunskap om arbetsprocesserna mellan enheter, kunskap om informationsöverföring och kommunikation samt kunskap om vårdplanering mellan enheterna.

Kommunerna

Berättelser som visar kunskap om arbetsprocesserna mellan enheterna

För förståelsen för samverkan är det viktigt att ha kunskap om hur arbetsprocesserna mellan enheterna fungerar. Det finns inom kommunerna olika uppfattningar av hur dessa processer fungerar. Alla tre kommunerna nämner att ett stort problem är patienter

som kommer hem på fredagar. Det kan vara svårt att få tag i mediciner om patienten bor på landsbygden. Flera av informanterna i kommunerna menar också att många patienter kommer hem för snabbt från sjukhuset och att man inte har den kompetens eller resurser som behövs för att t ex träna patienterna. Den andra kommunen hävdar att de har fem dagar på sig från det att en vårdplanering är inledd till dess att de behöver ta hem patienten.

Den tredje kommunen tar upp vikten av att det finns en hög kompetens och kunskap i hur arbetsprocessen mellan enheterna fungera så att patienten kommer hem till rätt vårdform. Kommunen menar att det finns en brist på förståelse och samsyn i vårdkedjan. Ett exempel på detta är patienter som ska till sitt eget hem och behöver mötas upp av någon personal från kommunen. Samtransporter gör att patienterna inte kommer den tid som var bestämd. Detta stör kommunens personals tidschema, vilket gör att det går ut över nästa patient.

Kunskap om informationsöverföring och kommunikation

Det område som tydligast visar på brister och stor variation är hur informationsöverföring och kommunikation ska gå till. Flera av informanterna anser att de alltid får tala med en sjuksköterska på vårdavdelningen när de ringer och att de blir väl bemötta, men därifrån till att uppfatta och tolka patientens problem på samma sätt är det långt.

Alla tre kommunerna lyfter fram bristerna i kunskap kring informationsöverföring och kommunikation, men på olika sätt. *"Avdelningen missar ofta att kontakta distriktsarbetsterapeuten. Det händer att patienterna kommer hem utan hjälpmedel och utan att någon vet om det". "Medicinsk epikris eller omvårdnadsepikris ser man aldrig". "Rapporten stämmer inte alltid med verkligheten". "Man kan få olika information beroende på vilken sjuksköterska man talat med".* När patienten ska åka hem händer det att sjuksköterskan rapporterar till den som svarar i telefon t ex receptionist. *"Om en bra skriven omvårdnadsepikris och medicinlista fanns med patienten kan den muntliga rapporten slopas".*

Även kunskapen kring kommunikationen mellan kommunen och primärvården ses som ett förbättringsområde, för att patienten ska få rätt vårdform. Biståndshandläggaren är första kontakten och tar emot informationen från sjukhuset. Denna person har dock ingen medicinsk kunskap och svårigheter att bedöma det medicinska behovet därför finns det brister i den information som vidarebefordras. *"Sjuksköterskan får ofta ringa och komplettera informationen vid hemgång, får sällan direkt information från sjukhuset".* En kontinuerlig kommunikation och planering mellan primärvård och kommun är också något som efterfrågas. *"Uppföljning och planering av framtiden för vårdtagare skulle behövas i större omfattning. "*

Slutligen påpekar en av kommunerna också bristerna i informationen som ges till patienter. *"Patienterna missar ofta information som ges på sjukhuset. Det är svårt för många att klara ut hur medicinerna ska tas."* Här ses en stor förbättringspotential och behov av kompetensutveckling, som behöver hanteras i samverkan.

Kunskap om vårdplanering mellan enheterna

Kunskap om hur vårdplaneringen mellan enheter fungerar framkommer som avgörande för att patienter ska kunna få en bra uppföljning och vård i nästa steg i vårdkedjan. För kommunen är det viktigt med en bra vårdplanering för att kunna ta emot patienterna på

rätt sätt när de kommer hem, möjligen har man inom sjukhuset inte samma förståelse för detta och vilka problem som kan uppstå. För att få rätt kompetens åker ibland sjuksköterskorna i kommunerna in till sjukhuset för att lära sig viss teknik innan patienterna kommer hem. Det uppstår ibland konflikt kring vårdplanering. Informanterna från kommunerna framhåller dock att detta kan bero på tolkning av samtalet med patientansvarig sjuksköterska. *"Jag anser inte att det första samtalet automatiskt ska inleda en vårdplanering"*

I den andra kommunen har biståndshandläggaren en checklista som används vid vårdplanering för att få med alla delar. *"Fast jag prioriterar alltid att tala med patienten och anhöriga först."* Både den andra och tredje kommunen berättar att nästan all vårdplanering sker via telefon med sjukhuset. De åker sällan in till sjukhuset och träffar patienten. Detta visar att det finns en kunskap om hur vårdplaneringen bedrivs från den egna enheten men kanske brister i förståelsen för hur det fungerar för andra enheter, och vilken kunskap som ett möte med patienten och personalen på sjukhuset kan ge.

Primärvården

Berättelser som visar kunskap om arbetsprocesserna mellan enheterna

Primärvårdens olika berättelser visar på kunskap om hur arbetsprocesserna fungerar eller brister i dessa mellan olika enheter. För patienter som har behov av specialistkontakt skickas en remiss till sjukhuset eller vid akuta behov hänvisas patienten till akuten. Det finns rutiner för hur det ska gå till, men patientvärdet i att en patient som redan undersökts av en distriktsläkare ändå måste gå via akuten för att ånyo undersökas innan inläggning på vårdavdelning ifrågasätts. Patienter får ofta vänta länge på akuten och möta många olika personer. Av och till kan det skapas konflikter med sjukhuset när patienten själv vill åka in akut och akuten inte anser det vara akut. Detta upplevs jobbigt för distriktssköterskan eftersom de känner att deras kompetens blir ifrågasatt.

Ett primärvårdsområde uppger att de gjort studiebesök på medicinavdelning på sjukhuset för att öka sin kompetens, kunskap och förståelse för hur personalen tänker och arbetar där. Detta har upplevt mycket positivt. De anser att personalen från sjukhuset borde åka ut och besöka kommunerna och primärvården för att få en bild hur deras verklighet ser ut.

För primärvårdens personal är kunskapen om hur samverkan med kommunerna fungerar något viktigt och självklart. Läkare från en vårdcentral beskriver hur det varje dag finns tid avsatt för kommunens sjuksköterskor att diskutera problem och frågor. Distriktssköterskorna upplever att kontakten med vårdbiträden och biståndshandläggare är god men att det inte finns några rutinmässiga mötesplatser. Kommunens personal utför omsorg och primärvården utför sjukvården i patienternas egna hem. Detta medför att personal både från kommunen och från primärvården kan vara hos patienten samtidigt. En distriktsläkare föreslår att vårdbiträdet borde kunna ge insulin för att säkert veta att patienten får frukost (om patienten ändå har hjälp med frukost). I dessa olika funktioner och arbetssätt sker en kompetensutveckling och kunskapsöverföring kring enskilda patienters problem och hur samverkan fungerar på ett naturligt och enkelt sätt.

Kunskap om informationsöverföring och kommunikation

Även vid intervjuerna med primärvården framkommer kunskapen om hur kommunikation och informationsöverföring går till som det överläggt största problem

området och där störst behov av förbättringar finns. Intervjuerna visar en omständig och tidskrävande hantering av den information som kommer från sjukhuset. Ett exempel på det är när epikriserna/slutanteckningarna som kommer från sjukhuset dikteras om för att sedan skrivas in i primärvårdens journal. Detta upplever samtliga läkare som ett onödigt arbete som borde kunna ske elektroniskt. En distriktsläkare menar att han inte alltid får svar i epikrisen på de frågor han ställt i remissen. Epikrisen från sjukhuset kommer ofta sent vilket kan leda till återbesök innan informationen från sjukhuset har kommit.

Ett primärvårdsområde påtalar att informationen om att en patient är inlagd måste gå även till primärvården och inte bara till kommunerna. Det händer att man i primärvården inte vet om att patienten är inlagd och därför går hem till patienten i onödan.

Primärvården anser att medicinbyten på sjukhuset bör motiveras för att distriktsläkare ska veta varför, dels för att medicinbyten alltid medför extra arbetet för distriktssköterskan och dels för att distriktsläkaren kanske har en plan för medicineringen och måste veta varför man ändrat denna. Distriktsläkaren påpekar att han inte rutinmässigt informeras om att en patient kommit hem från sjukhuset. Han får först information när epikrisen kommer, men detta kan också bero på att kommunikationen inom enheten brister. Primärvården menar att det kan vara svårt att nå namngiven kontakt person på vårdavdelningen, för att få information om patienten.

Primärvården nämner även i likhet med kommunerna att informationen till patienterna kan vara bristfällig när det gäller t ex läkemedelsbehandling. *"Patienten har ofta inte förstått det doktorn sa"*. Ett förslag som ges är att distriktssköterska eller sjuksköterska skulle ta över en del av informerandet till patienterna.

Sammanfattningsvis visar dessa kommentarer från primärvården att kunskapen och förståelsen för hur informationsöverföring och kommunikation ska gå till varierar. De visar på deras egen kunskap om hur det går till men påtalar tydliga brister hos andra.

Kunskap om vårdplanering mellan enheterna

I likhet med kommunerna påtalar primärvården behovet av kunskap kring hur en väl genomförd vårdplanering ska gå till när patienter ska komma hem från sjukhuset. *"Det är en oerhörd skillnad på en vårdplanerad hemgång och ett ärende som inte är förberett utan helt nytt för de inblandade. Oplanerade hemgångar ger stress hos personalen, dåligt mottagande och oror hos patienten."* Flera informanter tar upp att distriktssköterskan borde delta oftare i den individuella vårdplaneringen av patienten innan utskrivning från sjukhuset eftersom de har kunskap om de omvårdnads insatser som primärvården kan tillhandahålla.

Sjukhuset

Berättelser som visar kunskap om arbetsprocesserna mellan enheterna

Klinikerna på sjukhuset visar med olika berättelser på kunskap om arbetsprocesserna mellan enheterna, men också på bristerna i dessa. Många patienter kommer med en remiss i handen till akuten. De har träffat en distriktsläkare innan som undersökt patienten. *"Det är inte många distriktsläkare som ringer jouren för att rapportera om patienten de skickar in, man skulle kunna vinna mycket på det."* Det händer att patienter kommer nattetid eller på helger från särskilda boenden. De har visserligen med sig ett

rapportblad, men det finns ingen konklusion och bedömning om varför patienten kommer till akuten.

Kunskapen och förståelse för hur läkemedelshantering fungerar mellan olika enheter lyfts fram som ett problem från en av klinikerna. Vårdavdelningarna har uppfattat att kommunerna eller primärvården har svårt att få tag i läkemedel till patienterna när de kommit hem. Det kan vara långt till närmaste apotek, det är inte säkert att apoteket har rätt medicin hemma. Om patienten kommer sent på eftermiddagen är det svårt att hinna hämta ut läkemedel. Denna kunskap har dock medfört att personalen skickar med läkemedel hem för något dygn.

En av klinikerna tror att mer rehabilitering kommer att ske i hemmet i framtiden. De menar att detta är önskvärt och mer kostnadseffektivt. Men det kommer att kräva tätare samarbete och kunskapsförmedling mellan sjukhuskliniker och vårdpersonalen i kommunerna.

Kunskap om informationsöverföring och kommunikation

Även från sjukhusets kliniker upplevs kunskapen om hur kommunikation och informationsöverföring ska gå till som ett problem. Det kan vara svårt att få tag på distriktssköterska eller biståndshandläggare eftersom de ofta är "ute" när sjuksköterskan på vårdavdelningen vill ringa för att rapportera en patient. Vårdplaneringen sker oftast över telefon vilket kan leda till missförstånd och olika uppfattningar av patientens behov.

Inte heller kunskapen om vilken information som behövs när patienterna kommer in till sjukhuset anses optimal. Mycket information finns i kommunen eller i primärvården om patienterna men följer inte med in till sjukhuset. Detta medför mycket letande efter information och risker att viktig information missas.

En av sjukhusklinikerna tar upp ett problem kring information som skiljer sig från övriga intervjuade enheter. Alla kommuner har egna vårdpärmar som ska följa patienterna i vårdkedjan. Syftet med dessa är att aktuell information om patienten alltid ska finnas tillgänglig. Men kliniken upplever istället att detta är krångligt och skapar onödigt extraarbetet, eftersom alla kommuner har olika pärmar.

Klinikerna beskriver deras kunskap och uppfattning om hur informationsöverföringen går till, i form av omvårdnadsepikris följer med patienten vid utskrivning och den medicinska epikrisen skickas till patientens distriktsläkare.

Kunskap om vårdplanering mellan enheterna

Klinikernas kunskap om hur vårdplanering mellan enheterna fungera visar en tydlig bild av att denna planering startar redan när patienten kommer till vårdavdelningen, eftersom vårdtiden är så kort är det viktigt att kommun och primärvård är förberedda. Anmälan för gemensam vårdplanering sker via fax. Biståndshandläggare ringer till avdelningen inom ett dygn för att höra vad som hänt med patienten och inleda vårdplaneringen om patienten har utökat behov av hjälp när han kommer hem. Kontakt tas återigen med biståndshandläggare och ibland distriktssköterska dagen innan patienten går hem för att informera om hemgången. Omvårdnadsepikris skickas alltid med hem.

En klinik menar att deras kunskap om och förståelse för hur det går till när patienten ska åka hem är tydlig, men att det finns vissa oklarheter i arbetsfördelningen mellan kommunens och primärvårdens personal. Eftersom detta inte framkom i primärvårdens eller kommunens beskrivningar kan det tyda på att kunskapen om hur vårdplaneringen går till utifrån den egna enheten är tydlig och klar men att det finns brister i förståelsen och kunskapen om hur det går till på andra enheter.

Akutmottagningen och ambulansen

Berättelser som visar kunskap om arbetsprocesserna mellan enheterna

Berättelserna som visar på kunskap om arbetsprocesser mellan enheterna visar utifrån ambulansens perspektiv en viss brist i samsyn och förståelse av sammanhang. Om patienten ska köras till akuten eller inte avgörs av ambulanspersonalen ibland i samråd med patienten. I ambulansens instruktioner står att patienten ska köras till närmaste vårdgivare, men i praktiken körs de flesta direkt till akuten. Detta kan medföra att personalen på en vårdcentral väntar på och planerar att ta hand om en patient som distriktssköterskan har rapporterat, medan ambulansen kör patienten direkt till akuten. I vissa fall skulle patienten kanske kunnat bli undersökt och behandlad på vårdcentralen och därefter åkt hem igen. Alternativt förbereder distriktsläkaren patienten på inläggning och skriver en remiss till sjukhuset som förtydligar problemet. Personalen på akuten uppger att det är mycket sällan att en medicinpatient som kommer med remiss från primärvården inte läggs in.

Kunskap om informationsöverföring och kommunikation

Mellan ambulansen och akuten visas brister i kunskap och förståelse för hur informationsöverföringen och kommunikationen ska gå till. Ambulansen anser att personalen på akuten som ska ta emot patienten i vissa fall brister i sin förståelse. Rapporten från ambulansen är värdefull men det upplevs inte som att den tas tillvara fullt ut. *"Man har två minuter på sig att rapportera det man har fått reda på under timmen till någon som är stressad"*

Andra brister på kunskap och förståelse inom kommunikation och informationsöverföring i vårdkedjan är vikten av att ambulansen alltid meddela att de kommer med en patient för att akuten ska kunna förbereda sig och därmed korta väntetiderna för patienterna.

Det förekommer så gott som dagligen att patienter kommer in helt utan identitetshandlingar. Om de har svårt att kommunicera själva kan det bli mycket besvärligt för sjukhuset. *"Kommunen, primärvården eller den som lämnar ifrån sig patienten borde märka patienten med identitetsband. Det borde vara lag på detta för patienter som är så dåliga att de inte kan prata själva."*

Kunskap om vårdplanering mellan enheter

I intervjun med personal från ambulansen och akuten nämns inte vårdplanering. Detta kan möjligen bero på att det inte är aktuellt för dessa instanser att diskutera vårdplanering och att det därför inte framkommer vilken kunskap eller kompetens som finns inom området.

Resultatsammanfattning för kunskap om samverkan

Berättelserna från de olika enheterna kring kunskapen om samverkan visar på en stor variation i uppfattningar. Enheterna beskriver kunskapen och förståelsen utifrån sitt

perspektiv, men när dessa slås samman visar det olika hanterande av patienterna och det är lätt att se att missuppfattningar kan förekomma. För samverkan finns behov av kunskap på individnivå, men det framkommer kanske ett ännu större behov på grupp- och organisationsnivå. Detta beskrivs genom att hela teamet behöver ha kunskap om hur de ska samverka med andra enheter och hur olika organisationer fungerar för att kunna ge patienter bästa möjliga vård på rätt nivå.

Det som framkommer av studerade intervjuer är att kunskapen och förståelsen för samverkan skiljer sig mellan de olika enheterna och informanterna lyfter framförallt brister hos andra. I arbetsprocesserna vid förflyttningar av patienter, beskriver alla enheter hur de själva arbetar, utifrån hur de uppfattar samverkan. Den variation som framkommer är dock de brister som ses hos andra. De vet hur de själva ska göra men har inte kunskap om effekterna av deras agerande i nästa steg i vårdkedjan. Detta gäller även inom området kommunikation och informationsöverföring samt i vårdplaneringen mellan enheter.

I förståelsen och kunskapen om arbetsprocesser och hur de påverkar nästa del i kedjan är ambulansens agerande ett tydligt exempel. De vet hur de ska agera enligt de instruktioner som finns. De ska alltid köra patienten till närmaste vårdgivare, vilket i de flesta fall är vårdcentralen. Ändå agerar de på ett annat sätt utifrån sina egna erfarenheter, och sin egen förståelse. De upplever att de flesta patienter ändå kommer att få åka vidare till akuten efter besök på vårdcentralen, så varför inte åka dit direkt. De ser då inte de konsekvenser detta medför. För ambulansen var det därför viktigt att ingå i Esther-projektet för att se och förstå följderna av deras agerande.

De tydligaste bristerna som framkommer av intervjuerna är kunskapen och förståelsen för informationsöverföring och kommunikation. Alla intervjuade enheter beskriver olika varianter på brister hos andra, samtidigt som de framhåller hur de själva sköter sig bra. Exempel på detta är att alla enheter beskriver hur de skickar med information till nästa vårdgivare, men att alla samtidigt påtalar att de saknar skriftlig information från steget före. Hur kan detta hänga ihop? Detta är troligen som i fallet med ambulansen ett uttryck för att kunskapen och förståelsen är baserad på den egna erfarenheten.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Då jag själv arbetar på medicinkliniken på Högländet har jag insyn i hur man arbetar framförallt på medicinkliniken men även till viss del i kommunerna och primärvården. En styrka i denna studie har därför varit att intervjuerna redan var genomförda, att jag inte själv deltagit i någon av de intervjuer som ingår i min studie och att jag därför inte kunnat påverka utfallet av intervjuerna. Enligt Marton (2000) är detta dock inget hinder utifrån en fenomenografiska tolkning, utan datainsamling kan ske på många olika sätt där skriftlig data eller redan publicerade dokument kan användas. Då blir samspelet mellan intervjuare och informanten en mindre viktig fråga.

Intervjuerna i denna studie var upplagda på ett ostrukturerat sätt vilket gav informanterna möjlighet att komplettera berättelsen om Esther genom att beskriva hennes väg genom deras verksamhet, utifrån deras perspektiv. Intervjuerna har genomförts av olika personer och med olika antal personer i rummet. Detta har gett viss skillnad i mängd av data och de speglar olika djup, vilket kan tänkas bero på hur intervjuerna har formulerat följdfrågor eller hur talföra informanterna har varit. Ett problem med de utskrivna intervjuerna är att det inte framkommer pauser där man tänker eller känslor som annars kan finnas för vissa synpunkter. Vid några ställen finns citat som är understruken eller markerade med utropstecken vilket jag har tolkat som att dessa tankar är av extra vikt.

Intervjuerna har kategoriserats utifrån kunskap och förståelsen för det egna uppdraget och samverkan. Intervjumaterialet har dock varit omfattande och inte utförda i syfte att svara på frågor om kunskap och förståelse vilket har gjort arbetet tidkrävande och krävt många stegvisa analyser. För att analysera materialet utifrån en fenomenografiska ansats har jag försökt att fånga såväl mer allmänt förekommande uppfattningar, som att ibland lyfta fram mer lokala synpunkter. Det väsentliga har varit personalens uppfattningar av olika företeelser. För tydliggöra detta har citat använts, eftersom de uttrycker nyanser av olika uppfattning som inte kan fångas på samma sätt i en sammanfattning.

Antalet deltagande enheter och personalkategorier under intervjuer är också värt att kommenteras. Något fler intervjuer har genomförts med kommunerna och primärvården och med fler deltagande personer vilket ger en viss sned fördelning i mängden av data från dessa enheter i förhållande till klinikerna på sjukhuset. Detta borde dock kunna anses korrekt eftersom det arbetar förhållandevis många fler personer i kommunerna jämfört med övriga enheter. Fördelningen av närvarande personalkategorier är också något snedfördelat, med övervägande sjuksköterskor. Detta kan göra att åsikterna domineras utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. I förhållande till t ex mängden undersköterskor och vårdbiträden som arbetar inom de olika enheterna kan dessa grupper anses vara underrepresenterade. Antalet intervjuer som var nio stycken med sammanlagt nitton personer, tillsammans med fördelningen mellan olika personalkategorier, får ändå anses utgöra en bra grund för en studie på c-nivå och för att kunna dra vissa slutsatser.

RESULTATDISKUSSION

Estherprojektet var ett stort förbättringsarbete med många deltagande enheter, många olika personalkategorier och över fyra tusen personer som var berörda genom sitt arbete inom äldreården på Höglandet. Att driva ett så stort förändringsarbete måste ses som en stor utmaning. Kunskap, kompetens och förståelse för det egna och andras arbete, att förstå sin del i helheten, måste anses som mycket viktigt och att då hitta verktyg som t ex berättelser som kan underlätta detta bör enligt min uppfattning prioriteras.

I projektet tillämpades ett processororienterat angreppssätt och en berättelse skapades för att visa att patientens väg går tvärs igenom den traditionella sjukvårdsorganisationen och för att tydliggöra problem och behov av förbättring. Enligt Ågren (1999) är det viktigt i vårdkedjearbeten att fokusera på organisationen och samarbetet som sker mellan olika vårdgivare för att uppnå ett kvalitativt gott resultat för patienten vilket stämmer väl med Estherprojektets intentioner. För att alla ska känna sig delaktiga i beskrivningen av vårdkedjan och vad som händer Esther behövs verktyg som kan hjälpa till att tydliggöra det större sammanhanget och ge en gemensam bild att utgå ifrån. I intervjuerna frågade man inte efter synpunkter på Estherberättelsen utan alla fick istället berätta *sin* Estherhistoria. Vad händer med Esther i deras olika verksamheter utifrån deras perspektiv?

Enligt Sandberg och Targama (1998) handlar människor utifrån sin egen kunskap och förståelse av situationer, inte utifrån regler och instruktioner. De menar att för att förändra sitt handlande måste man uppnå en ny förståelse. Detta betyder att för Estherprojektet var det avgörande att deltagarna skulle ha kunskap och förståelse dels för sin egen verksamhet och sitt eget uppdrag, men framförallt hur de samverkar med andra. Även Bergman och Klevsjö (2001) tar upp vikten av att förstå processen innan arbetet med förbättringar sätts i gång. För att förstå kundbehovet menar de att det inte räcker att fråga utan det krävs en aktiv samverkan, där man sätter sig in i hur det egna resultatet påverkar arbetet i nästa del av kedjan. Bergman och Klevsjö (2001) menar också att man behöver en plattform för förbättringsarbetet genom att skapa en gemensam bild av vad som sker idag. Utifrån denna kunskap är det intressant att se hur intervjuerna med deltagarnas egna berättelser om Esther visade på dels en stor kunskap om den egna enhetens uppdrag och arbetssätt och samtidigt visades brister i kunskapen och förståelse för hur samverkan fungerar. Det visar att det fanns en stor förbättringspotential och de olika bilder som kom fram kunde användas för ett lärande.

Kunskap om det egna uppdraget

Berättelserna i intervjuerna visar en tydlig kunskap och förståelse av det egna arbetet. Denna kunskap kommer utifrån egna erfarenheter och är baserad på informanternas egen tolkning av sitt arbete. Som Targama och Sandberg (1998) framhåller har vår kunskap och förståelse av verkligheten, och däribland vår förståelse av våra arbetsuppgifter, ofta utvecklats och etablerats under en längre tid, där vi gjort egna erfarenheter och tagit del av information och diskussioner. Kunskaper har selekterats och integrerats, så att vår förståelse stämmer överens med våra attityder och vårt handlande. De menar att när en individ har uppnått denna överensstämmelse är hon omedvetet benägen att slå vakt om den, genom att bortförklara iakttagelser eller egna handlingar som inte stämmer med denna förståelse.

Det är troligt att deltagarna som fick hjälpas åt att beskriva sin del av Esthers väg också fick en ökad förståelse och kunskap för den egna enhetens och teamets uppdrag. Det behövs mer än traditionell information för att ändra någons kunskap och förståelse (Targama och Sandberg 1998). Informanternas egna upplevelser är en viktig del och hur dessa upplevelser berättas. Berättelser kan enligt Browns et al (2005) hjälpa verksamheter och personer att se och förstå meningen med deras verksamhet och att kommunicera uppdraget.

Kunskap om samverkan

Utgångspunkten för Estherprojektet var som tidigare nämnts att få en bättre fungerande vårdkedja utifrån Esthers perspektiv. Eftersom vårdkedjan kräver ett samarbete mellan olika enheter, krävs också en kunskap och förståelse för hur samverkan fungerar *mellan* de enheter som är berörda. Senge (1995) menar att i ett system finns det många olika samband och interaktioner. En förändring i en del av systemet kan ha stor påverkan på en annan del. Intervjuerna med berättelser om vad som händer Esther i vårdkedjan visar på tydliga brister i samverkan. Enheterna pekar dock framförallt på brister hos andra.

Kunskapen om samverkan varierade från olika ställen och från olika personer. Detta kan tyda på att det finns en oklarhet i hur systemet fungerar. Även här behövs pedagogiska verktyg för att få en enhetlig bild.

Uppfattningar om lärandet

Av intresse i denna studie är att fånga vilka uppfattningar om lärandet som framkommer. Vid en djupare analys av resultatet av intervjuerna går det att utifrån enheternas kunskap och förståelse av uppdraget och av samverkan fånga ett lärande på individ-, grupp- och organisationsnivå. Eftersom lärandet i detta perspektiv rör lärande i vuxenlivet och i huvudsak informellt lärande, vilket enligt Ellström, Ekholm och Ellström (2003) syftar till lärandet i vardagslivet och i arbetet. Ellström et al (2003) anser att vardagslärandet innebär en pendling mellan rutin och reflektion. Hon menar att det i stor utsträckning handlar om att bryta gamla invanda rutiner. Detta kräver dock att man som individ, grupp eller organisation ställs inför en situation som upplevs som tillräckligt ovanlig eller "krisartad" för att man ska vara beredd att förändra eller överge sina rutiner. Detta måste anses vara en utmaning i Estherprojektet att få fram denna bild av behov av förändring så tydligt att man från de olika individerna, grupperna eller organisationerna är beredd att ändra sina arbetssätt. Om berättelsen om Esther har gett upphov till detta lärande kan denna studie tillfullo inte svara på, men som skulle vara intressant att fånga i ytterligare studier.

Individnivå

Ellström et al (2001) menar att det finns en stark relation mellan motivation och lärande. Att individen är motiverad ses allmänt som en viktig förutsättning för att hon ska lära sig nya saker. I resultatet kan man fånga viss skillnad i motivation. Akuten t ex påpekar att många patienter kommer tillbaka och de får starta upp samma arbete igen. För att vara motiverad måste arbetet upplevas som meningsfullt och viktigt. En förutsättning för detta som Ellström et al (2001) lyfter fram är vikten av att se helheten av arbetet och resultatet samt att det upplevs ha ett värde för andra individer. Om man som personal på akuten bara ser en strid ström med patienter och där många kommer åter kan denna brist på helhetsbild medverka till att inte arbetet känns så meningsfullt. Intentionerna i Estherprojektet var istället att bidra till en systemförståelse och helhetsbild. Utifrån detta perspektiv dyker ytterligare en fråga upp som denna studie inte kunnat svara på.

Har berättelsen om Esther bidragit till känslan av meningsfullhet av arbetet i vårdkedjan och för samverkan?

Gruppnivå

För att det ska bli bra för Esther krävs dock mer än ett lärande enbart hos individer. Arbetet är mer och mer organiserat i team eller arbetsgrupper och det krävs därför ett lärande även på gruppnivå. För att skapa ett lärande och utveckling i gruppen krävs mer än diskussion (Ellström et al 2001). Det ställer krav enligt Ellström et al (2001) på gruppmedlemmarnas förmåga att förvärva och använda kunskap, men också arbetslagets struktur och sammansättning samt den organisatoriska kontexten. Problemen som framkommer ur intervjuerna är att det i grupperna presenteras olika bilder av hur saker fungera. Även här finns utmaningar och nya frågor till Estherprojektet. Hur får man grupper av individer att arbeta utifrån en gemensam bild av Esthers behov?

Organisationsnivå

Arbetet i arbetslag antas kunna förbättra förutsättningarna för lärande i organisationen. Exempelvis menar Senge (1995) att arbetslaget är den fundamentala enheten för lärande i organisationer och inte individer. Genom att organisationer "plattas ut" har arbetslag av olika slag fått större ansvar för att lösa alltmer komplexa problem. Det som Senge (1995) trycker på är behovet av systemtänkande, att se sin del i det övergripande systemet för att skapa förståelse för hur och vad som behövs förbättras. Systemtänkandet ser jag som avgörande för om Estherprojektet ska lyckas. Deltagande enheter i denna studie visar på en stor variation i hur de ser på hur samverkan fungerar och eftersom Esther befinner sig i alla delar av systemet krävs den gemensamma bild av systemet som Senge (1995) syftar på. En följdfråga blir då naturlig: Har Estherprojektet och Estherberättelsen kunnat skapa en gemensam systemförståelse?

"Single- och double-loop lärande"

Det går även att koppla studiens resultat till Argyris och Schöns (1996) teori kring "single- och double-loop lärande". Många förändringar inom sjukvård och omsorg kan ske med ett single-loop lärande för att snabbt och effektivt ändra rutiner inom ramen för nuvarande arbetssätt. I Estherprojektet krävdes dock en diskussion av viktiga värden för Esther, vilka behov har hon, vilket är vårt uppdrag i detta och vad behöver vi för att kunna samverka. Det behövdes en gemensam bild att utgå ifrån och förändringar som skulle kräva ny kunskap och en ny förståelse. Resultatet av denna studies intervjuer visar på en stor variation i uppfattning, men också några kommentarer som visar på att personen har funderat över vad som är patientvärde. Exempel på detta är när informanterna i kommunen funderar över deras agerande och att de kanske ibland behöver göra mer än idag för att det ska bli bättre för Esther. Ett annat exempel är när sjukhusets personal funderar över vad besöket på akuten medför för värde för Esther när distriktsläkaren redan konstaterat att Esther inte klara sig hemma. Skulle hon inte kunna läggas in direkt på en vårdavdelning? En klinik menar att de upplever ett stort patientvärde i att kunna ta emot patienter direkt till vårdavdelningen. Vad skulle behövas för att göra detta för fler patienter? Det förekom vid flera tillfällen ett ifrågasättande av de grundsatser och värdering som personalens agerande baseras på, vilket överensstämmer enligt min uppfattning med ett "double-loop lärande".

Berättelsen som pedagogiskt verktyg

Det går inte i de intervjuer som ingår i denna studie fånga vilken effekt berättelsen om Esther har haft, men det kan ändå utifrån ett teoretiskt perspektiv vara intressant att fundera på detta. Enligt flera olika studier och författare har berättelse visat sig vara en hjälp till att tydliggöra det större sammanhanget, systemet och bidra till behovet av samverkan (Bate 2004, Brown et al 2005, Denning 2001, Greenhalgh 2004). I intervjuerna har man fått beskriva sina egna berättelser om Esther och de visar en tydlig skillnad i kunskap och förståelse av olika delar i vårdkedjan. Det påtalas ofta brister i andras verksamheter och samtidigt ett tydligt behov av förbättringar. Med de tydliga skillnader i kunskap och det behov av förståelse som Sandberg och Targama (1998) påtalar så måste berättelse ändå anses vara ett utmärkt verktyg att hjälpa till att tydliggöra en gemensam verklighet.

Sandberg och Targamas (1998 s 119) fyra punkter om vad som behövs för att utveckla en ny förståelse stämmer väl överens med användandet av berättelse och Estherprojektets intentioner att öka medarbetarnas kunskap och förståelse för varandra för att utveckla vårdkedjan utifrån patientens perspektiv.

1. *Personliga upplevelser* spelar stor roll. I intervjuerna fick alla enheter berätta om sina erfarenheter av Esther. Effekten verkar enligt Sandberg och Targama (1998) starkast om man redan tidigare stött på de nya tankegångarna och därmed redan är förberedd. Det skulle kunna betyda att de som lyssnar till Esther berättelsens och till andra enhets berättelser om upplevelse kring problem med samverkan, har med sig det när de nästa gång stöter på ett liknade problem.
2. *Känsloladdade upplevelser*. Här har enligt min uppfattning berättelsen om Esther stor betydelse. Att patienten döptes till Esther gör att hon blir en person, och därmed en starkare upplevelse.
3. *En symbol eller enkel modell* som på ett tydligt sätt fångar innebörden med budskapet. Esther och hennes berättelse är denna typ av enkel symbol eller modell.
4. *Dialog med andra människor* har en starkare genomslagskraft än enkelriktad kommunikation. Det blir i dialog svårare att försvara de etablerade föreställningar som finns och vifta bort nya tankegångar och argument. Även här borde arbetsättet i Esther-projektet underlättas denna dialog, då de olika enheterna i dialog fick dela varandras bilder genom att komplettera berättelsen om Esther.

Utifrån resultaten från denna studie framstår den del av Estherprojektet som tog vid efter att intervjuer var genomförda som viktig, för att utifrån de olika bilder som framkommer, skapa en ny gemensam kunskapsbas och förståelse av vad som händer i Esthers vårdkedja och vad som behöver förbättras.

KONKLUSION

I bakgrunden till denna uppsats framkommer att kunskap och kompetens beskrivs som viktiga förutsättningar för utveckling och framgång på olika nivåer. Detta gäller inte minst inom äldreomsorgen där patienterna är i stor beroendeställning, många flyttas mellan olika enheter och träffar ett stort antal människor ur olika personalkategorier. Det är en stor utmaning för dessa enheter och olika personalkategorier att utgå från en gemensam förståelse för vad som händer Esther och tillsammans fundera på hur de ska ta hand om henne på bästa sätt.

Utifrån de intervjuer som ingått in denna studie, genomförda i Estherprojektet, framgår det att deltagande enheter har en god kunskap och förståelse för arbetet på den egna enheten. Det finns en variation i hur arbetet utförs eller vad man lyfter fram som viktigt, men denna skillnad kan delvis hänvisas till att det är olika typer av verksamheter representerade. Däremot framkommer en betydligt större variation i kunskap, förståelse och hur man upplever samverkan mellan deltagande enheter och vad som händer utifrån Esthers perspektiv. Det framgår dock en medvetenhet om denna variation och deltagarna ser en stor förbättringspotential.

Om berättelsen om Esther är ett bra verktyg som verkligen har bidragit till kunskapshöjning och ökad förståelse av den egna enhetens uppdrag eller skapat en ökad kunskap om behovet av samverkan, går inte att utifrån analyserade intervjuer utläsa. Däremot stödjer en stor mängd litteratur (Bate 2004, Brown et al 2005, Denning 2001, Ellström et al 2003, Sandberg & Targama 1998) på ett tydligt sätt angreppssättet att använda berättelser för att öka förståelsen och i sin tur bidra till ett lärande på individ- grupp- och organisationsnivå.

Som framgår av resultatdiskussionen har denna studie gett upphov till en mängd ytterligare frågor som skulle kunna besvaras i kommande studier inom det vårdpedagogiska området. Det skulle t ex vara intressant att titta på resultatet av Estherprojektet. Vilka blev effekterna för "Esther" och för dem som arbetar i äldrevården på Höglandet? Har en bättre kunskap och förståelse skapats för behovet av samverkan? Vilken ytterligare kunskap och kompetens behöver människor för att ta hand om Esther? Vilka andra pedagogiska verktyg behövs och hur ska de användas praktiskt för att ytterligare skapa möjligheter för lärande på individ-, grupp- eller organisationsnivå? Kan de som deltagit i Estherprojektet i efterhand se effekterna av att man använt sig av berättelsen om Esther? Har en ny berättelse om Esther skapats där det utifrån hennes perspektiv fungerar bättre?

LITTERATURFÖRTECKNING

- Akner, G (2004) *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdcentral* Liber AB.
- Alexandersson M (1994) Den fenomenografiska forskningsansatsen i fokus. I Starring B & Svensson P-G (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (s 111-136) Lund: Studentlitteratur
- Argyris C & Schön D (1996) *Organizational Learning II - Theory, Methods and Practice* Addison-Wesely Publishing Company
- Bate P (2004) *The role of stories and storytelling in organisational change efforts: a field study id an emerging "community of practice" within the UK National Health Service*. I Hurwitz B, Greenhalgh T & Skultans V (red) *Narrative Research in Health and Illness*. (s 325-348) Oxford: Blackwell Publishing.
- Brown J, Denning S, Groh K, Prusak L (2005) *Storytelling in organizations – Why Storytelling Is Transforming 21th Century Organizations and Management*. Burlington: Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Denning S (2001) *The Springboard – How Storytelling Ignites Action in Knowledge-Era Organisations*. Burlington: Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Ellström E, Ekholm B & Ellström P-E (2003) *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur
- Ellström P-E & Hultman G (red) (2004) *Lärande och förändring i organisationer. Om pedagogik i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur
- Ellström P-E (1992) *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Fritzes AB
- Greenhalgh T (2004) *Meta-narrative mapping: a new approach to the systematic review of complex evidence*. I Hurwitz B, Greenhalgh T & Skultans V (red) *Narrative Research in Health and Illness*. (s 349-381) Oxford: Blackwell Publishing.
- Gustavsson Bernt (2000) *Kunskapsfilosofi: Tre kunskapsformer i historisk belysning* Stockholm: Wahlström & Wistrand
- Hartman J (1998) *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur
- Hedman B (2005) *Decision Making and Communication in Nursing Practice. Aspects of Nursing Competence*. Doktorsavhandling Göteborg: Intellecta Docusys AB
- Heyman I & Pérez Prieto H (red) (1998) *Om berättelser som redskap i pedagogisk forskning*. Pedagogisk forskning i Uppsala nr 131, Uppsala: Repro HSC

Hydén L-C & Hydén M (red) (1997) *Att studera berättelser - samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber AB

Illeris Knud (2001) *Lärandet i mötet mellan Piaget, Freud och Marx* Lund: Studentlitteratur

Kotter J.P (1996) *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.

Larsson S (1996) *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur

Marton F & Wenestam C-G (red)(1984) *Att uppfatta sin omvärld – varför vi förstår verkligheten på olika sätt*. Kristianstad: Awe/Gebers.

Marton F& Booth S (2000) *Om lärande* Lund: Studentlitteratur

Pilhammar-Andersson E (red)(1998) *Kompetens ur ett vårdpedagogiskt perspektiv. En antologi i vårdpedagogik*. Göteborgs Universitet. Rapport nr 1998:1

Sandberg J & Targama A (1998) *Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur

Senge P (1995) *Den femte disciplinen. Den lärande organisationens konst*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag

Stone R (1996) *The Healing Art of Storytelling – a sacred journey of personal discovery*. Hyperion, Canada.

Åhgren B (1999) *Vårdkedjan - Vårdkonsumism och patientfokusering processinriktad sjukvården*. Lund. Studentlitteratur

BILAGA 1
Intervjumall

Övergripande beskrivning av vårdkedjan

Enhet:

Intervjuare:

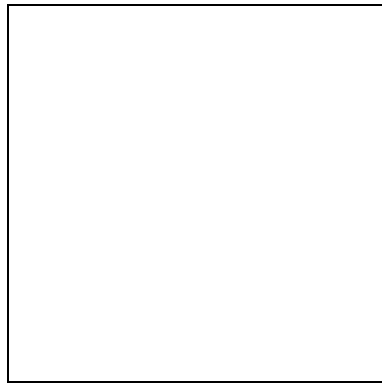
Beskrivning av enheten:

Intervjuades befattning:

Händelse (som initierar arbetsprocessen)	Arbetsprocess (aktiviteter)	Personal⁴ (som ingår)	Resultat (av arbetsprocessen)	Ledtider⁵ (den totala tiden)	Kommentarer

⁴ Inom enheten och från andra enheter

⁵ Från början på processen till processen är avslutad.



Lärarhögskolan i Stockholm
Institutionen för samhälle, kultur och lärande
Box 34103
100 26 Stockholm