



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Sida vid sida i äldreomsorgen

En kvalitativ intervjustudie om tvärprofessionell  
samverkan mellan socionomer och sjuksköterskor

**Jonna Dahl**

Kandidatuppsats (SOPA63)

HT21

Handledare: Mikael Sandgren

# Abstract

Author: Jonna Dahl

Title: “Side by side in the care of elderly people. Inter-professional collaboration between social workers and registered nurses - a qualitative interview study”

(Translated title)

Supervisor: Mikael Sandgren

Assessor: Carina Gallo

The aim of this study was to understand social workers' and registered nurses' experiences of, and way of reasoning about interprofessional collaboration in the care of elderly people. The study was based on semi-structured interviews with three social workers and three registered nurses working with eldercare in two different municipalities in Sweden. The empirical material was analysed using Lipsky's theory of street-level bureaucracy, Taylor and Kelly's thoughts on street-level bureaucracy in a modern society as well as Skatvedt, Andvig and Baklien's discussion of extreme street-level bureaucrats. In addition to these theoretical bases Hudson's discussion about professional identity and professional status was used to analyse the empirical material. The study found that the participants had different conceptions regarding the importance of working with interprofessional collaboration in the municipal eldercare. While some of the participants described interprofessional collaboration as an essential part of their daily tasks, some argued that interprofessional collaboration was excessive in some parts of their work assignments. Furthermore bureaucratic organization was argued to be significant concerning how interprofessional collaboration was prioritized by the professionals. Likewise the participants argued that personal connection to the professionals participating in interprofessional collaborations was of decisive importance concerning the outcome of their common effort. Lastly the results indicated that professional identity often was used to describe how various professions conduct oneself while working interprofessional.

Keywords: Interprofessional collaboration, Eldercare, Social work, Health care

## Innehållsförteckning

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Problemformulering</b> .....	<b>4</b>
1.1 Syfte och frågeställningar .....	6
<b>2 Kunskapsläget</b> .....	<b>7</b>
2.1 Informationssökning .....	7
2.2 Tvärprofessionell samverkan .....	8
2.3 Att samverka i tvärprofessionella team .....	8
2.4 Professionsidentitet och professionsstatus .....	9
2.5 Utmaningar för tvärprofessionell samverkan i praktiken.....	11
<b>3 Teori</b> .....	<b>14</b>
3.1 Teorival.....	14
3.2 Gräsrotsbyråkrati .....	14
3.2.1 Handlingsutrymme .....	15
3.2.2 Hantering av arbetsbörda .....	16
3.3 Kritik och utveckling av Lipskys teori .....	16
3.3.1 Gräsrotsbyråkratens förändrade förutsättningar .....	16
3.3.2 Extrema gräsrotsbyråkrater .....	17
3.4 Professionsidentitet.....	18
<b>4 Metod</b> .....	<b>20</b>
4.1 Kvalitativ ansats .....	20
4.2 En kvalitativ intervjustudie .....	20
4.2.1 Intervjuguide.....	21
4.2.2 Förberedelser .....	22
4.2.3 Urval.....	22
4.2.4 Presentation av studiens deltagare .....	24
4.2.5 Genomförandet av intervjuerna .....	25
4.3 Bearbetning och analys.....	27
4.4 Forskningsetiska överväganden.....	28
4.5 Förförståelse.....	30
4.6 Tillförlitlighet och äkthet .....	31
<b>5 Resultat och analys</b> .....	<b>34</b>
5.1 Idén med tvärprofessionell samverkan i äldreomsorgen.....	34
5.1.1 Olika förhållningssätt till tvärprofessionell samverkan .....	37
5.2 Erfarenheter av tvärprofessionell samverkan .....	39
5.2.1 En förutsättning för arbetet eller en extra arbetsbörda? .....	43
5.2.2 Betydelsen av professionsidentitet och professionsstatus .....	45
5.3 Frivillighetskravet inom äldreomsorgen .....	45
5.3.1 Äldreomsorgens dilemma rörande frivillighet och samtycke.....	47
<b>6 Avslutande diskussion</b> .....	<b>49</b>
<b>7 Referenser</b> .....	<b>52</b>
<b>8 Bilagor</b> .....	<b>55</b>
8.1 Intervjuguide.....	55
8.2 Informationsbrev.....	56

# 1 Problemformulering

Utifrån rapporterade missförhållanden inom den svenska äldreomsorgen fattades år 1990 beslut av riksdagen att omorganisera vården för samhällets äldre med ambition att förbättra dess kvalitet. Brister i samverkan mellan de sociala respektive medicinska insatserna beskrevs vara grunden till problematiken. Dessa två ansvarsområden låg innan införandet av reformen uppdelade mellan Sveriges kommuner och landsting, där kommunen ansvarade för de sociala insatserna och landstinget för de medicinska. Genom införandet av *Ädelreformen* år 1992 syftade riksdagen att sätta stopp för problematiken genom att ge landets kommuner befogenhet att ansvara för både de sociala och de medicinska delarna av äldreomsorgen (Edebalk 2019).

Brukarna inom äldreomsorgen är en stor grupp med komplexa behov som behöver tillgodoses genom hjälp från flera olika professioner. Enligt en undersökning genomförd av Socialstyrelsen mottar drygt 236 000 personer inom gruppen 65 år och äldre någon form av hemtjänst i ordinärt boende (Socialstyrelsen 2021). Samtidigt varnar forskning för att samhällets äldre upplever att sammanställda vårdplaneringar tenderar att utesluta dem från diskussionen rörande sin egen vård och omsorg (Jfr. Tiilikainens et al. 2019).

Snart har 30 år passerat sedan genomförandet av *Ädelreformen*. Enligt förhoppningen som fanns borde problematiken vid det här laget vara löst. Aktuell forskning argumenterar däremot för att även om organisatoriska förändringar har genomförts, så är det fortsatt svårt att få den tvärprofessionella samverkan att fungera i praktiken (Jfr. Dunér & Wolmesjö 2015; Hudson 2002; Melin Emilsson 2013).

Utifrån ovanstående resonemang framstår det som intressant att se närmre på de professioner som förväntas samverka inom äldreomsorgen. Två av dessa är socionomer och sjuksköterskor. Svensson och Svensson (2020) benämner socionomprofessionen och sjuksköterskeprofessionen som "välfärdsprofessioner" vars uppkomst skedde vid professionaliseringsprocessen under 1900-talets senare

hälft. Vårdförprofessionerna beskrivs huvudsakligen ha utvecklats i dynamiken mellan professionell styrning och politisk-byråkratisk styrning. Detta innebar att politiska krav och organisering av statliga myndigheter la grunden för professionalisering av yrken som redan tidigare varit en integrerad del av samhället (Svensson & Svensson 2020). Genom vårdförprofessionernas historia går det därav att se kopplingar till de positioner som dessa professioner befinner sig i idag. Forskning har poängterat att professionerna har begränsad möjlighet att agera i enlighet med professionens värderingar med tanke på organisationens begränsningar, vilket resulterar i begränsningar av professionernas handlingsutrymme (Jfr. Lipsky 2010; Taylor och Kelly 2006).

Huruvida professionaliseringen av socionomprofessionen är fullgången går att ställa sig frågande till. Svensson och Svensson (2020) lyfter att en professionaliseringsprocess belyser professionens exklusiva expertkunskap och ger monopol på utövandet av professionen (a.a.). I äldreomsorgen omfattas dock positionerna som besitter ansvaret för de sociala insatserna, exempelvis biståndshandläggare och enhetschefer, inte av ett visst utbildningskrav (Dunér & Wolmesjö 2015). Detta möjliggör att andra aktörer än socionomer kan utföra arbete som skulle kunna argumenteras för att vara specifik "expertkunskap" för socionomprofessionen. Frågan är däremot om en stärkt professionalitet för representanter för det sociala arbetet i äldreomsorgen ens vore önskvärd.

Vidare bör belysas att genomförandet av insatser inom äldreomsorgen utgår från två skilda lagstiftningar, *Socialtjänstlagen* (SFS 2001:453) och *Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30). I *SoL* (Socialtjänstlagen) regleras de sociala insatserna. Där framkommer att socialtjänsten har ett särskilt ansvar för äldre personer och att omsorgen om dessa ska främja att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, samt att de har rätten att välja när och hur stöd och hjälp i hemmet ska tas emot. I *HSL* (Hälso- och sjukvårdslagen) regleras däremot de medicinska insatserna. Där lyfts främst sjukvårdens skyldighet att främja hälsa och motverka ohälsa hos befolkningen. Utöver de olika lagarnas särdrag har de även likheter, så som att insatser ska genomföras med respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Premissen för arbetet med

målgruppen är alltså att flera professioner, som arbetar utifrån skilda lagstiftningar och besitter skilda expertkunskaper, ska enas i vad som är rätt sätt att hantera en viss situation för att främja brukarens bästa.

Komplexiteten i arbetet att enas om gemensamma lösningar är något som även Hudson (2002) diskuterar. Hudson belyser att tvärprofessionell samverkan tenderar att beskrivas som önskvärt, men svårt att genomföra i praktiken. För att förstå svårigheterna i tvärprofessionell samverkan lyfts det att även professionen i sig bör studeras (Jfr. Hudson 2002; Melin Emilsson 2013). Huruvida tvärprofessionella team i äldreomsorgen berikar och stärker de enskilda professionerna med ny kunskap, eller enbart fungerar som en sammansättning av olika perspektiv, uppger Melin Emilsson (2013) är en svår fråga att besvara. Dunér (2013) framför å ena sidan argument för att tydliga gränsdragningar mellan professionernas ansvarsområden möjliggör större självständighet i arbetet med att ge brukaren god vård och omsorg. Å andra sidan argumenterar Melin Emilsson et al. (2020) för att den tvärprofessionella samverkan har möjlighet att vara kompletterande om de olika professionerna tar hänsyn till varandras särskilda expertis. I kontrast till de observationer ovanstående forskning presenterar så kommer den här studien särskilt intressera sig för yrkesverksammas egna redogörelser om tvärprofessionell samverkan i äldreomsorgen.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att förstå socionomers och sjuksköterskors erfarenheter och resonemang rörande tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen.

De frågeställningar denna uppsats syftar att besvara är följande:

- Hur beskriver socionomer respektive sjuksköterskor sina erfarenheter av tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen?
- Hur resonerar socionomer respektive sjuksköterskor om sitt handlingsutrymme inom äldreomsorgen?
- Hur resonerar socionomer respektive sjuksköterskor om sin profession i tvärprofessionell samverkan?

## 2 Kunskapsläget

Detta kapitel kommer inledas med en kort redogörelse för hur informationssökningen har genomförts, samt vilka centrala begrepp som sökningen utgått ifrån. Vidare kommer aktuell forskning inom forskningsområdet presenteras och diskuteras för att ge en bild av vilka frågor som är centrala i diskussionen av tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen idag. Den forskning som jag väljer att presentera i detta kapitel menar jag är relevant att belysa utifrån de resultat som denna studie kommer påvisa. Genom att presentera relevant forskning är min förhoppning att tydligare påvisa vilken kontext denna studie utgår ifrån.

### 2.1 Informationssökning

Den databas som främst använts i sökning efter tidigare forskning är LUBsearch. Utöver LUBsearch har även LUBcat, Google Scholar och Libris använts för att komplettera och bredda informationssökandet. Både engelska och svenska begrepp har använts i sökningen. De engelska begrepp som har använts i olika kombinationer och ordföljd är: *interprofessional, multidisciplinary, multiprofessional, transprofessional, collaboration, coordination, relations, social work, social care, elder care, older people, teamwork, municipality, care manager, nurse, profession*. Under informationssökningen har det blivit tydligt att det som på svenska främst benämns som *tvärprofessionell samverkan* inte verkar ha en engelsk översättning som forskningen är enig om. Därav genomfördes under studiens gång kompletterande sökningar med de olika synonymer som upptäcktes till *interprofessional* för att få en större överblick av befintlig forskning.

Även om större delen av befintlig forskning består av artiklar på engelska genomfördes även en sökning på svenska begrepp. De svenska begrepp som användes var: *Tvärprofessionell, interprofessionell, multiprofessionell, samverkan, samarbete, socialt arbete, omsorg, äldre personer, teamarbete, kommun, biståndshandläggare, sjuksköterska, profession*. Genom att även söka på svenska begrepp fick jag ytterligare översikt rörande artiklar som baserades i en

svensk kontext, då många svenska undersökningar valt att ha både svenska och engelska titlar.

## 2.2 Tvärprofessionell samverkan

Tvärprofessionell samverkan har återkommande beskrivits som en lösning för att möta de komplexa behov som finns inom socialt och vårdande arbete (Jfr, Dunér 2013; Melin Emilsson 2013). I enlighet med detta visar Dunér och Wolmesjö (2015) att tvärprofessionell samverkan är särskilt lämplig inom äldreomsorgen då målgruppen ofta har behov av hjälp i form av insatser kopplade till både social omsorg såväl som hälsa och sjukvård.

Dunér och Wolmesjö (2015) menar vidare att upprättandet av tvärprofessionella team som arbetar med samma brukargrupp inom den kommunala äldreomsorgen, har möjlighet att arbeta utifrån en helhetsbild av brukarens behov. I likhet med deras resonemang så visar även Melin Emilsson et al. (2020) på att tvärprofessionella team är en god förutsättning för samverkansprocessen. Författarna menar att de samverkande professionerna med sin enskilda kunskap kan agera kompletterande gentemot varandra på ett sätt där djupare kunskap och förståelse av varandras professionsrelaterade perspektiv motverkar att äldre personer faller mellan stolarna.

## 2.3 Att samverka i tvärprofessionella team

Något som bör vara intressant att diskutera är hur ett tvärprofessionellt team faktiskt samverkar. Melin Emilsson (2013) menar utifrån sina upptäckter att tvärprofessionella team kan utforma sig på så sätt att ett antal olika professioner arbetar i samma team för att uppnå samma mål. På så vis menar författaren att respektive professions insatser kan fortlöpa relativt självständigt jämsides med varandra. Vidare påvisar hon utifrån sitt resultat att yrkesverksamma inom tvärprofessionell samverkan kan se varandras kompetens som komplement istället för konkurrens, samt att framhävandet av olika perspektiv kan vara särskilt gynnsam för samverkan. Genom att bjuda in de andra professionernas perspektiv och åsikter i diskussionen menar författaren att de samverkande professionerna



visar på en önskan att fördjupa sin egen förståelse genom att ta del av andras kompetens.

Melin Emilsson (2013) lyfter däremot att det inte rör sig om ett konsekvent gemensamt agerande, utan snarare om en kollektiv överblick och planering av den enskildes behov av insatser från olika professioner. Dunér (2013) visar på liknande upptäckter då hon beskriver hur olika professionerna vid teammöten förhåller sig till sin egen professionsspecifika expertis gentemot andras. Författaren menar att de olika professionerna med tydlighet upprätthåller gränser emellan professionerna, vilket i sin tur bidrar till att vardera professionen kan arbeta relativt självständigt.

I forskning rörande samverkan i form av tvärprofessionella team har ett antal kriterier presenteras som viktiga för att tvärprofessionell samverkan ska fungera i praktiken. Melin Emilsson (2013) lyfter att en viktig faktor som ligger till grund för välfungerande tvärprofessionell samverkan är *tillgången till tid*. Genom att arbeta tvärprofessionellt över en längre tid menar författaren att de samverkande professionerna får möjlighet att förfina upplägget för hur samverkan ska genomföras. Vidare möjliggör tillgången av tid, utveckling och förståelse för sin roll i det gemensamma arbetet för vardera professionen.

För att tvärprofessionell samverkan ska vara välfungerande beskrivs även *representation* vara en viktig komponent. Melin Emilsson et al. (2020) lyfter betydelsen av rättvis representation i tvärprofessionellt arbete. Vid skapandet av tvärprofessionella team lyfter författarna att det bör finnas en likvärdig representation för vardera professionen i alla delar av arbetet. De lyfter att en överrepresentation av hälso- och sjukvårdsprofessioner i de styrande positionerna i längden leder till mindre utrymme att lyfta fram sociala aspekter på utförarnivå i tvärprofessionella team.

## 2.4 Professionsidentitet och professionsstatus

Utifrån ovan nämnda resonemang om tvärprofessionella team är det intressant att belysa vilken betydelse den egna professionen har i tvärprofessionell samverkan.

Hudson (2002) menar att den initiala omställningen till att arbeta tvärprofessionellt kan upplevas som ett hot mot tidigare väletablerade arbetsätt. Detta då enskilda professioner kan uppleva att deras arbete riskerar att konkurreras ut av en annan profession med liknande kompetens. Vidare lyfter författaren att i situationer där osämja i det tvärprofessionella arbetet uppstår, tenderar professionerna att vara särskilt beskyddande gentemot professionsidentiteten samtidigt som benägenheten att vilja samarbeta tvärprofessionellt sjunker.

Hudson (2002) för vidare resonemang om vad professionsstatus har för betydelse i det tvärprofessionella arbetet. Författaren resonerar utifrån sina studier för att samverkan fungerar som bäst mellan två professioner med ungefär likvärdig professionsstatus. Dunér och Wolmesjö (2015) bekräftar Hudsons (2002) tes genom att belysa socionomers upplevelser av att hälso- och sjukvårdsprofessionernas högre status i äldreomsorgen försvårar samverkan professionerna emellan (Dunér & Wolmesjö 2015). Denna uppfattning ställer sig däremot Melin Emilsson (2013) kritisk till genom att argumentera för att samverkan mellan professioner med varierande professionsstatus i sig inte behöver vara problematiska. Förutsatt att de samverkande professionerna visar på medvetenhet om de hierarkiska skillnaderna och inte passivt förhåller sig till dessa i samverkansarbetet, menar författaren att tvärprofessionell samverkan kan främjas trots stora skillnader i status.

Utifrån ovan nämnda resonemang rörande betydelsen av professionsstatus i den tvärprofessionella samverkan bör det anses intressant att diskutera vad som ger vissa professioner högre status än andra inom omsorgsarbete. Dunér (2013) konstaterar till exempel att det medicinska perspektivets centrala position inom äldreomsorgen genererar en konstant hög status för läkare och sjuksköterskor gentemot representanter för det sociala arbetet. Detta resonemang kompletterar Dunér och Wolmesjö (2015) genom att påvisa att hälso- och sjukvårdsprofessionernas utbildningsgrad, samt att de erhåller en professionsbunden legitimation, är ytterligare förklaringar till att de erhåller en generellt hög status inom just äldreomsorgen.

Vidare menar Dunér och Wolmesjö (2015) att socionomprofessionens status i äldreomsorgen snarare relaterar till deras organisatoriska förutsättningar och position inom organisationen. Författarna resonerar om att den makt som socionomerna besitter i sin position som beslutsfattare avgör deras professionsstatus, snarare än deras specifika kunskap om sociala aspekter i arbetet med äldre.

En ytterligare aspekt som borde anses relevant att belysa rörande det sociala arbetet i äldreomsorgen, är att det inte krävs socionomexamen för att arbeta som biståndshandläggare (Dunér & Wolmesjö 2015). Författarna lyfter att bristen på generella utbildningskrav för att anställas som biståndshandläggare försvårar möjligheten för socionomprofessionen att åtnjuta en högre status inom äldreomsorgen. Trots att socionomprofessionen inte har monopol på ansvaret för utredandet av sociala insatser i äldreomsorgen, så menar Melin Emilsson (2013) att fokus på de sociala aspekterna är något som är viktigt inom fältet. Författaren menar att de perspektiv som framförs av socionomer, eller andra ansvariga för socialt arbete, inom tvärprofessionella team i äldreomsorgen efterfrågas och därav kan anses signifikant för omsorgen av brukargruppen.

## 2.5 Utmaningar för tvärprofessionell samverkan i praktiken

Vilka faktorer som utgör välfungerande tvärprofessionell samverkan mellan människobehandlande professioner för Basic (2018) resonemang om. Författaren konstaterar att organisatoriska rutiner och riktlinjer för samverkan i sig inte är det som avgör hur samverkansarbetet utspelar sig. Istället menar han att det viktiga för att tvärprofessionell samverkan ska fungera är hur de olika professionerna förhåller sig till varandra. För att samverkan ska fungera lyfter författaren att professionerna måste ha förståelse för varandra på ett individuellt plan, likväl som för varandras arbetsuppgifter och målsättning. De olika professionerna behöver även ha insikt och förståelse rörande andra professioners motivation, eller brist på

motivation, inom aktuellt område för att den tvärprofessionella samverkan ska fungera.

Dunér och Wolmesjö (2015) för vidare resonemang rörande att det är en konfliktfylld roll att arbeta som socionom inom äldreomsorgen. De belyser att det i arbetet krävs att socionomen är både lyhörd till den enskildes vilja och främjar dennes delaktighet i processen, samtidigt som socionomen ska förhålla sig till organisatoriska riktlinjer i sitt arbete. Vidare finns även aspekter av administrativt arbete samt ansvar att agera som representant för den offentliga sektorn inkluderat inom socionomens arbete i äldreomsorgen. Utifrån dessa aspekter menar författarna att socionomens position inom arbetsfältet är unik.

Även fast tvärprofessionell samverkan återkommande beskrivs som ett lämpligt sätt att arbeta inom äldreomsorgen, argumenterar även forskning för att det tvärprofessionella arbetet kan ställa till med viss problematik (Jfr, Dunér 2013; Dunér & Wolmesjö 2015; Melin Emilsson 2013). Dunér och Wolmesjö (2015) lyfter att ett alltför stort fokus på profession och organisation i det tvärprofessionella arbetet riskerar att lämna den enskilde brukaren utanför diskussionen. Författarna menar att brukarens eget perspektiv om sin situation ibland förloras i önskan att upprätta en tvärprofessionell handlingsplan. Denna upplevelse av att som brukare exkluderas i diskussionen om sin omsorg bekräftas även i Tiilikainens et al. (2019) studie. Deras studie lyfter att äldre vårdtagare själva upplever att de konsekvent lämnas utanför planeringen av sin egen vård, till följd av bristande inkludering i samverkan. Vidare lyfter både Dunér och Wolmesjö (2015) och Tiilikainens et al. (2019) att exkluderandet av den enskilde är en oönskad konsekvens i det tvärprofessionella arbetet.

I de lägen där brukaren exkluderas från planeringen av sin egen vård och missnöje uppstår föreslår Basic (2018) en metod som syftar att åter lyfta in den enskilde i samverkan. Han menar att det går att återskapa balansen genom att en profession tillsammans med den enskilde distanserar sig från de andra professionerna i samverkanstillfället. Genom att flytta fokus från det tidigare problemet och visa på samstämmighet med den enskilde kan professionen på så vis lindra skadan som

skett och återställa balansen inför fortsatt samverkan (a.a.). Även om Basics (2018) resultat visat att detta gett positiva effekter för tilliten från brukaren till en viss profession, är det rimligt att ifrågasätta vad det kan innebära för ytterligare konsekvenser. Möjligtvis skulle detta agerande kunna skapa splittringar professionerna emellan samt försämra tilliten brukaren känner för övriga professioner. Konkreta handlingssätt liksom detta kan sannerligen vara önskvärda i det praktiska arbetet, men utövare bör ändå vara vaksamma på vilka möjliga konsekvenser ett visst agerande har för andra delar av arbetet.

## 3 Teori

I detta kapitel kommer jag inledningsvis presentera val av teori och dess relevans för mitt forskningsområde. En kortare presentation av teorin kommer följas av centrala begrepp och resonemang som kommer användas i analysarbetet.

Avslutningsvis kommer även vidareutvecklingar och uppdaterade förutsättningar för vald teori att presenteras och motiveras utifrån dess relevans till detta arbete.

### 3.1 Teorival

I denna uppsats har jag valt att i huvudsak analysera mitt material utifrån Lipskys teori *Street-level bureaucracy*. En frekvent förekommande svensk översättning av denna är *Gräsrotsbyråkrati*. Lipsky presenterade teorin år 1980, men jag kommer i denna uppsats att använda mig av den nyupplaga som publicerades 2010. Då uppsatsen syftar till att besvara hur socionomer och sjuksköterskor resonerar om tvärprofessionell samverkan, samt vad de har för erfarenheter av det blir Lipskys (2010) teori intressant att föra en analys utifrån. Både socionomer och sjuksköterskor ingår i gruppen professioner som Lipsky beskriver som *gräsrotsbyråkrater* vilket visar på Lipskys relevans i relation till denna studies problemområde.

I detta kapitel kommer jag presentera Lipskys (2010) teori utifrån hur jag tolkar den. Jag kommer även vara selektiv rörande vilka delar av teorin jag lyfter fram utifrån dess relevans för mitt forskningsområde. För att komplettera Lipskys teori och sätta den i en nutida kontext kommer jag även presentera ett antal vidareutvecklingar och nya förutsättningar för Gräsrotsbyråkratin. Jag kommer även använda mig av Hudsons (2002) teori om *Professionsidentitetens* betydelse i tvärprofessionell samverkan. Därefter kommer även en kortare presentation av Hudsons teori presenteras.

### 3.2 Gräsrotsbyråkrati

Lipsky (2010, s. 3f;13ff) beskriver professioner som jobbar medborgarnära och i sitt arbete agerar utifrån en politiskt styrd byråkrati som gräsrotsbyråkrater. Han

beskriver gräsrotsbyråkraterna som förmedlare av statliga resurser i brukarmötet som även har till uppgift att vara beslutsfattare vad gäller vem som ska få ta del av den offentliga sektorns resurser, respektive vem som ska få avslag på sin ansökan om hjälp (a.a.). Genom att utgå från gräsrotsbyråkratins förutsättningar i det tvärprofessionella arbetet placerar jag Lipskys teori i ett nytt sammanhang. I tvärprofessionell samverkan blir det inte enbart relevant att se till gräsrotsbyråkraternas arbete utifrån de egna förhållandena. Det blir även relevant att studera hur gräsrotsbyråkraterna inom en profession förhåller sig gentemot en annan profession, vars gräsrotsbyråkrater besitter andra förutsättningar.

Jag kommer utifrån Lipskys teori fördjupa mig i två aspekter som jag anser relevanta i förhållande till mitt material. Dessa är *handlingsutrymme* och *hantering av arbetsbörda*. Handlingsutrymme och hantering av arbetsbörda relaterar båda till komplexiteten gräsrotsbyråkrater möter i sitt arbete. I tvärprofessionell samverkan utgår arbetet utifrån insikten att olika professioner med olika expertis behövs för att lösa flerdimensionella problem. Således har en uppdelning av handlingsutrymmet skapats mellan de olika professionerna. Detta för att å ena sidan främja ett bättre resultat genom att professionalisera arbetet, samt å andra sidan skapa proportionalitet för vardera professions ansvar för arbetet. Hur respektive profession sedan väljer att hantera sin arbetsbörda, grundar sig i deras handlingsutrymme, på samma sätt som att deras handlingsutrymme styrs av hur tung arbetsbörda de har.

### 3.2.1 Handlingsutrymme

Lipsky (2010, s. 13ff) benämner gräsrotsbyråkraternas *discretion* (handlingsutrymme i svensk översättning), som begränsat av politiskt styrda byråkratiska förhållanden som påverkar vilken handlingsfrihet den enskilde gräsrotsbyråkraten har. Han resonerar för att gräsrotsbyråkraterna har ett generellt stort handlingsutrymme vad gäller utformandet av insatser och sanktioner som den offentliga sektorn kan bidra med. Vidare beskriver Lipsky att det är den enskilde gräsrotsbyråkraten som formar sitt eget arbete och att denne är relativt fri från övervakning av dennes brukararbete. Slutligen diskuterar han även att handlingsutrymmet är en vital del av arbetet, och fortsatt kommer vara det,

eftersom standardiserade instruktioner, regler och riktlinjer omöjligt kan innehålla lösningar för de komplexa situationer gräsrotsbyråkraterna möter i sitt arbete.

### 3.2.2 Hantering av arbetsbörda

En ytterligare aspekt i gräsrotsbyråkraternas arbete som Lipsky (2010) lyfter är att de har en generellt hög arbetsbörda under begränsade resurser. Även om Lipsky för resonemang rörande gräsrotsbyråkraternas hantering av arbetsbörda så presenterar han inte ett konkret begrepp för att beskriva det. Att använda *hantering av arbetsbörda* som begrepp är alltså mitt sätt att tolka Lipsky.

Enligt Lipskys (2010, s. 81ff) teori arbetar gräsrotsbyråkraterna utifrån bilden av att de gör det bästa de kan utifrån de resurser som finns. I ett arbete med ständigt inflöde av arbetsuppgifter, och med en komplexitet vad gäller problemlösning, behöver gräsrotsbyråkraterna sätt att hantera sin arbetsbörda för att finna sätt att öka sin egen effektivitet. Hur de enskilda gräsrotsbyråkraterna väljer att hantera ett visst problem för att även hinna med övriga arbetsuppgifter menar Lipsky (2010, s. 83ff) baseras i organisationens riktlinjer och dels i den professionella, dels personliga, benägenheten. Han belyser att det på organisatorisk nivå ofta skapas rutiner för enklare hantering av vissa problem, men att gräsrotsbyråkraterna även sätter sina egna rutiner i de fall där de finner organisationens rutiner otillräckliga eller att dessa strider mot professionens värderingar.

## 3.3 Kritik och utveckling av Lipskys teori

### 3.3.1 Gräsrotsbyråkratens förändrade förutsättningar

Hur förhållandena i den offentliga sektorn såg ut för gräsrotsbyråkraten år 1980 när Lipsky (2010, s. 13ff) först presenterade sin teori, skiljer sig dock ifrån de förhållanden som föreligger gräsrotsbyråkratin idag. Taylor och Kelly (2006) menar att förhållandena Lipskys teori baseras på har förändrats i flera aspekter, vilket främst kommit att påverka gräsrotsbyråkraternas handlingsutrymme. Genom att öka frekvensen av chefer i den offentliga sektorn har de enskilda gräsrotsbyråkraternas krav på egenkontroll minskat, samtidigt som de i högre grad observeras rörande hur de utför sitt arbete. Dessa förändringar menar författarna



har motiverats med att det skulle öka gräsrotsbyråkraternas effektivitet. Vidare menar författarna att även gräsrotsbyråkraternas handlingsfrihet minskats då den policyskapande delen av deras arbete flyttats upp på en mer central plan där specifika mål och genomförandeplaner presenteras som de arbetande förväntas förhålla sig till. Denna förändring menar författarna motiveras med att de dilemman gräsrotsbyråkraterna tidigare ställdes inför reduceras utifrån en ansvarsförskjutning.

Taylor och Kelly (2006) lyfter dock i likhet med Lipsky att det alltid kommer finnas ett handlingsutrymme i gräsrotsbyråkraternas arbete. I komplexa situationer finns det mer än ett sätt att agera, något som fortsatt kräver den enskilde gräsrotsbyråkratens egna initiativ. De belyser samtidigt att satta organisatoriska regler och handlingsplaner styr vilka värderingar som ett visst agerande genererar. På så vis menar författarna att gräsrotsbyråkraternas möjlighet att agera i enlighet med professionens värderingar minskar i det trånga handlingsutrymmet de numera befinner sig i.

### 3.3.2 Extrema gräsrotsbyråkrater

Även om Lipsky (2010) inom sin teori diskuterar gräsrotsbyråkratens möjligheter att tänja på gränserna så kan Skatvedt, Andvig och Bakliens (2015) resonemang om de *extrema gräsrotsbyråkraterna* tillföra ett uppdaterat perspektiv på Lipskys resonemang. De menar att människobehandlande organisationer genom byråkratiska riktlinjer skapar ett behov av att enskilda yrkesutövare går utanför det som angivits i deras arbetsuppgifter för att agera i enlighet med sin professions värderingar och perspektiv.

Skatvedt, Andvig och Baklien (2015) presenterar en utveckling av Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrati genom att introducera begreppet *ekstrembakkebyråkrater* (extrema gräsrotsbyråkrater i svensk översättning). Skatvedt, Andvig och Baklien (2015) beskriver de anställda inom hemtjänsten som extrema gräsrotsbyråkrater utifrån de stora etiska dilemman de dagligen möter i arbetet med sin målgrupp. Genom byråkratiska bestämmelser om uppdelning av ansvarsområden begränsas de anställda till att vara selektiva i vilka

behov de ska tillgodose i mötet med behövande inom målgruppen. I studien har en uppdelning gjorts som lagt ansvaret att hjälpa äldre med insatser mot psykisk ohälsa till en annan arbetsgrupp än hemtjänstgruppen i fråga. När de anställda, istället för att acceptera att de äldres psykiska ohälsa beskrivs ligga utanför deras ansvar, gör sitt yttersta för att se till brukarens bästa menar författarna att de borde ses som gräsrotsbyråkratins hjältar. Detta då de genom ett sådant agerande visar att de har makt att pådriva förändring, även inom snäva byråkratiska strukturer och ramverk.

Trots att Skatvedt, Andvig och Baklien (2015) beskriver de anställda som gräsrotsbyråkratins hjältar går det att ifrågasätta vad ett sådant agerande innebär för professionen och organisationen. Genom sitt agerande för brukarnas bästa riktar de extrema gräsrotsbyråkraterna, genom att handla utanför sina arbetsuppgifter, skarp kritik mot den välfärd som brukarna har tillgång till. Om man även förutsätter att uppdelningen av ansvarsområden genomförts för att minska arbetsbördan hos hemtjänsten, kan det potentiellt leda till oenigheter inom organisationen att agera som extrema gräsrotsbyråkrater. Detta då de inom hemtjänsten som väljer att agera i enighet med sina arbetsuppgifter indirekt uppfattas vara sämre gräsrotsbyråkrater. Vidare kritiserar även indirekt de extrema gräsrotsbyråkraternas agerande den arbetsgrupp som faktiskt har ansvaret för de äldres psykiska ohälsa.

Förutsatt att det faktiskt finns grund för kritik av de organisatoriska uppdelningarna och dess möjlighet att tillgodose brukarnas behov kan de extrema gräsrotsbyråkraternas agerande möjliggöra förändring. För att förändring däremot ska ske behöver detta uppmärksammas på en organisatorisk nivå, annars riskerar de extrema gräsrotsbyråkraternas agerande att leda till en negativ utveckling inom organisationen där deras egen arbetsbörda i längden blir tung.

### 3.4 Professionsidentitet

Ett kompletterande begrepp till Lipskys (2010) diskussion blir Hudsons (2002) resonemang om professionsidentitet.

Hudson belyser skapandet av professionsidentitet som att inom professionen besitta en gemensam kunskapsbas, vilket i sin tur genererar ett värde för professionsutövarna. Vidare menar författaren att professionsidentiteten bibehålls genom att nyblivna medlemmar av professionen tar efter mer erfarna medlemmar inom professionen. Hudson formulerar en teori om att det är viktigt att reflektera rörande professionsidentitet i diskussionen om tvärprofessionell samverkan. Hudson menar att en sammanhållen professionsidentitet, där professionsutövarna har liknande värderingar, erfarenheter och uppfattningar, medför en betydande samstämmighet med medlemmar inom samma profession. Något som inte behöver vara fallet med medlemmar från andra professioner. Det är enligt författaren nivån av meningsskiljaktigheter som i sin tur formar hur tvärprofessionella relationer fungerar.

Vidare konstaterar Hudson (2002) att professionens identitet har betydelse för vilken *professionsstatus* den tillskrivs. Författaren beskriver att olika professioners status härstammar i hur långt gången professionaliseringen av ett yrke är samt dess utbildningsnivå. Hudson lyfter att den historiska hierarkiska skillnaden som gjorts mellan traditionella professioner och så kallade semiprofessioner, det vill säga de yrken som professionaliserades först under slutet av 1900-talet, än idag spelar roll för vilken status professionen åtnjuter. Hur statusen sedan skiljer sig mellan olika professioner menar Hudson har en avgörande roll för hur väl de kan arbeta tillsammans i tvärprofessionell samverkan.

# 4 Metod

## 4.1 Kvalitativ ansats

Utifrån uppsatsens syfte att förstå socionomer och sjuksköterskors erfarenheter och resonemang rörande tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen blir det relevant att utgå från en kvalitativ ansats. Då jag i min forskning eftersökt subjektiva upplevelser, snarare än generaliserbara material, blev det därav lämpligast att genomföra en kvalitativ studie (Jfr, Bryman 2018, s476f). För att kunna genomföra detta har jag genom intervjuer tagit del av dessa personers erfarenheter och resonemang rörande tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen. Detta sätt att bedriva kvalitativ forskning beskriver Ahrne och Svensson (2015, s. 10) kan vara lämpligt i syfte att utforska fenomen samt deras utformning. Genom att tala med människor kan tankar, känslor och erfarenheter lyftas fram som är av vikt för det kvalitativa forskningsarbetet.

Undersökningens resultat har sedan inledningsvis syftat att analyseras enligt en induktiv syn. Bryman (2018, s. 454) beskriver induktivt synsätt som att de upptäckter som resultatet visar på styr val av teori snarare än att val av teori avgör vad forskaren söker efter i sitt material (a.a.). Däremot fullföljdes inte den induktiva processen till fullo. Detta då en sådan process är mycket tidskrävande och omfattande. Istället blev det att jag efter bearbetning av mitt material studerade ett antal teoretiker som presenterat teorier för socialt arbete. Utöver detta reflekterade jag även över de teoretiker jag sedan tidigare haft kännedom om. När jag gjort detta hade jag plockat fram ett antal teorier som jag ansåg relevanta. Baserat på mitt material valde jag sedan ut vilka av dessa jag skulle använda i mitt arbete.

## 4.2 En kvalitativ intervjustudie

Materialet till denna uppsats har insamlats genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Detta då det jag eftersökte enskilda personers redogörelser för sina erfarenheter och resonemang om tvärprofessionell samverkan i äldreomsorgen. Anledningen till att jag sedan valde att genomföra semistrukturerade intervjuer

var att jag ansåg att den möjlighet till flexibilitet som semistrukturerade intervjuer innebär blir en fördel i mitt arbete. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s. 37f) belyser att forskaren vid semistrukturerade intervjuer har möjlighet att välja vilka frågor som ställs och i vilken ordning, utifrån intervjudeltagarens berättelser utan att det påverkar resultatet på ett negativt vis. Jag ansåg att denna form av intervjuer skulle göra samtalet mer avslappnat, samt att jag på ett naturligt sätt skulle kunna följa upp berättelserna med följdfrågor. I likhet med Brymans (2018, s. 561ff) resonemang om att semistrukturerade intervjuer gör det möjligt för intervjun att röra sig i olika riktningar utifrån vad intervjudeltagaren väljer att prata om, anser jag att det är av intresse för min forskning att få inblick i vad intervjudeltagaren anser viktigt och relevant inom det specifika området.

#### 4.2.1 Intervjuguide

Samtidigt ansåg jag det vara en fördel att de semistrukturerade intervjuerna ändå utgick från en intervjuguide, ett verktyg som hjälpte mig täcka in alla de områden jag önskade beröra i intervjun. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s. 37f) lyfter att semistrukturerade intervjuer kan beskrivas som en guddad konversation där forskaren har en grund att utgå från som under intervjuns gång kan ändras. Att förbereda en intervjuguide hjälpte mig att i samtalet med intervjudeltagarna få överblick över mina teman och exempelfrågor. Min intervjuguide (se Bilaga 1) utgick ifrån följande teman: *organisatoriska förutsättningar, tvärprofessionellt arbete, samverkan, helhetsperspektiv och profession*.

Utöver ovan nämnda teman utgjordes intervjuguiden även av ett antal inledande bakgrundsfrågor. De faktorer som samlades in via dessa frågor var intervjudeltagarens namn, kön, ålder, antal år de arbetat på nuvarande arbetsplats, tidigare arbetserfarenhet inom samma fält samt år de examinerades från respektive utbildning. Genom att ta del av denna bakgrundsinformation blir det således enklare, för både mig och läsaren, att sätta in intervjudeltagarens berättelser i ett sammanhang. Bryman (2018, s. 566) lyfter att just möjligheten att tillhandahålla viss bakgrundsinformation kan vara en viktig del i att öka materialets begriplighet.

#### 4.2.2 Förberedelser

I syfte att förbereda mig inför intervjuerna såg jag till att ha god kännedom om de teman och exempelfrågor intervjuguiden innehöll. Detta hjälpte mig under intervjuernas gång att lättare navigera i samtalet och se till att all relevant information efterfrågades. Vidare testade jag även intervjuguiden på mig själv för att se om frågorna kändes naturliga att ge svar på samt för att urskilja den eventuella förekomsten av frågor som inte passade in utifrån mina frågeställningar.

Praktiska förberedelser såsom provinspelning av ljud och utskrift av relevant material ordnades i god tid för att förhindra att krångel uppstod vid intervjutillfället. Eftersom jag genomfört detta uppsatsarbete på egen hand genomfördes således även intervjuerna med bara mig själv och intervjudeltagaren närvarande. En möjlig fördel med att vara fler författare är möjligheten att en kan agera intervjuare medan den andra kan föra observationsanteckningar. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s. 49) lyfter att observationsanteckningar kan leda till upptäckter som fördjupar upptäckterna i materialet (a.a.). För att kompensera för detta gjorde jag efter vardera genomförd intervju kortare minnesanteckningar om förhållanden under intervjuerna som eventuellt skulle kunna ha relevans för analysarbetet. När jag sedan transkriberade intervjuerna hade jag möjlighet att se till mina minnesanteckningar för att påminna mig själv om omständigheter som kunde förklara vissa aspekter som annars varit svåra att förstå.

#### 4.2.3 Urval

Den urvalsteknik som jag använde mig av var ett målstyrt urval, det vill säga att jag valde individer att tillfråga baserat på vad jag i mina frågeställningar hade för avsikt att undersöka. Då min forskningsfråga utgår från socionomer respektive sjuksköterskors erfarenheter och resonemang rörande tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen var det därför representanter från dessa två professioner jag var intresserad av att intervjua. De kriterier jag formulerade inför sökandet av intervjudeltagare var att de skulle vara utbildade till socionom respektive sjuksköterska och arbeta, alternativt ha erfarenhet av att arbeta, inom den kommunala äldreomsorgen.

Jag genomförde sammanlagt sex intervjuer, där tre socionomer respektive tre sjuksköterskor yrkesverksamma inom äldreomsorgen fick möjlighet att redogöra för sina erfarenheter och resonemang rörande tvärprofessionell samverkan. Vidare valde jag även att intervjudeltagarna skulle vara jämnt fördelade över de två kommunerna. Även om intervjuerna är relativt korta menar jag att de är innehållsrika nog att motsvara vad ett färre antal längre intervjuer hade kunnat generera i material. Genom att genomföra sex kortare intervjuer har jag däremot kunnat presentera fler personers individuella erfarenheter och resonemang och därav skapat större balans i representationen. I det material som insamlats har intervjudeltagarna berört de ämnen som behövts för att besvara studiens frågeställningar.

För att komma i kontakt med potentiella intervjudeltagare hade jag kontakt med enhetschefer för socionomer respektive sjuksköterskor i två olika kommuner. Min önskan var att genom enhetscheferna be om de anställdas email för att sedan kunna ha direktkontakt med dem. I den ena kommunen fungerade detta som planerat och jag kunde kontakta de anställda utifrån de maillistor enhetscheferna bistod med. I den andra kommunen bad däremot både enhetschefen för socionomerna och enhetschefen för sjuksköterskorna mig om att själv få kontakta de anställda för att fråga om någon var intresserad av att delta. Enhetscheferna för respektive profession återkom sedan till mig med kontaktuppgifter till de som önskat ställa upp och jag kunde därefter höra av mig till de intresserade.

Utifrån enhetschefernas önskan att tala med gruppen för att fråga vilka som var intresserade slutade det i att jag fick göra ett bekvämlighetsurval, innebärandes att de som enhetscheferna menade var intresserade slutligen blev de jag bokade in intervjuer med. I den andra kommunen där jag däremot genom maillistan hade kommit i kontakt med fler respondenter än jag hade förutsättningar att intervjua var jag tvungen att på nytt göra ett urval. Utifrån de respondenter som svarat och som mötte mina kriterier på professionstillhörighet valde jag således ut de tre första som anmälde sitt intresse. Detta innebar tyvärr att jag behövde meddela intressenter som inte mötte professionskravet eller som svarade när platserna var

tillsatta att det inte längre var möjligt för dem att delta. För att de som nekades intervjudeltagande skulle få en så rimlig återkoppling som möjligt förklarade jag i mitt svarsmeddelande att jag var tacksam för visat intresse men att platserna redan hade blivit tillsatta.

#### 4.2.4 Presentation av studiens deltagare

I denna uppsats har jag valt att benämna de involverade kommunerna som *Kommun 1* och *Kommun 2*. Både *Kommun 1* och *Kommun 2* är medelstora kommuner i södra Sverige med ett invånarantal på ungefär 30 000–35 000 personer.

De deltagande i studien kommer konsekvent beskrivas som *Socionom 1*, *Socionom 2*, *Socionom 3*, *Sjuksköterska 1*, *Sjuksköterska 2* och *Sjuksköterska 3*. Detta då det är viktigt att respondentens professionstillhörighet är tydlig i löpande text. Vidare kommer jag även att ge viss bakgrundsinformation till vardera intervjudeltagaren för att det lättare ska gå att sätta in de enskilda redogörelserna i ett sammanhang.

*Socionom 1* är en kvinna i 30 årsåldern som tog socionomexamen för 5 år sedan. *Socionom 1* har arbetat som biståndshandläggare på sin nuvarande arbetsplats i ungefär 3,5 år. Hon har ingen tidigare erfarenhet av liknande anställning i en annan kommun.

*Socionom 2* är en kvinna i 30 årsåldern som tog socionomexamen för 6 år sedan. *Socionom 2* har arbetat som biståndshandläggare på sin nuvarande arbetsplats i drygt ett halvår. Hon har ingen tidigare erfarenhet av liknande anställning i en annan kommun.

*Socionom 3* är en kvinna på drygt 35 år som tog socionomexamen för 15 år sedan. *Socionom 3* har arbetat som biståndshandläggare på sin nuvarande arbetsplats i ungefär 3 år. Hon har tidigare erfarenhet av att jobba som biståndshandläggare i annan kommun, där arbetade hon i 8 år.



*Sjuksköterska 1* är en kvinna på knappt 50 år som tog sjuksköterskeexamen för 28 år sedan. Sjuksköterska 1 har arbetat på sin nuvarande arbetsplats i 8 år. Hon har tidigare erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska inom äldreomsorgen i en annan kommun.

*Sjuksköterska 2* är en kvinna på dryga 50 år som tog sjuksköterskeexamen för 30 år sedan. Sjuksköterska 2 har arbetat på sin nuvarande arbetsplats i knappt 20 år. Hon har ingen tidigare erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska inom äldreomsorgen i en annan kommun.

*Sjuksköterska 3* är en kvinna i 30 årsåldern som tog sjuksköterskeexamen för knappt 2 år sedan. Sjuksköterska 3 har arbetat på sin nuvarande arbetsplats i drygt ett halvår. Hon har ingen tidigare erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska inom äldreomsorgen i en annan kommun, men har tidigare arbetat på sjukhus.

#### 4.2.5 Genomförandet av intervjuerna

Inför genomförandet av intervjuerna reflekterade jag över vilka omständigheter som skulle vara mest gynnsamma för både mig och intervjudeltagarna. Min uppfattning var att fysiska intervjuer skulle skapa de bästa förutsättningarna för lyckade möten med intervjudeltagarna. Därav blev min ambition att i så hög grad som möjligt genomföra intervjuerna fysiskt. Bryman (2018, s. 583f) exemplifierar en fördel med fysiska intervjuer genom att poängtera att forskaren i mötet med intervjudeltagarna kan ta del av deras kroppsspråk och minspel under intervjugång. Genom den möjligheten löper forskaren således mindre risk att missa signaler från den enskilde som kan visa på hur situationen upplevs och om deltagaren känner sig bekväm att svara på frågorna som ges.

Även om jag främst önskade att genomföra fysiska intervjuer var jag inställd på att även digitala intervjuer förmodligen skulle bli aktuella. Utifrån nuvarande samhällssituation där pandemin av covid-19 äventyrar möjligheterna att träffas fysiskt utifrån smittorisk, antog jag initialt att de tillfrågade intervjudeltagarna skulle föredra digitala intervjuer av den anledningen. Ett orosmoment jag såg med digitala intervjuer var att de begränsade möjligheterna till socialt utbyte skulle

påverka intervjusituationen. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s. 39;44) konstaterar nämligen att digitala intervjuer kan medföra att intervjusituationen genomsyras av en mer formell stämning.

Slutligen blev det så att hälften av intervjuerna kom att hållas vid fysiskt möte och den andra hälften genomfördes digitalt via telefon eller videolänk. Bland de intervjuerna som genomfördes digitalt var intervjupersonernas önskan att ses digitalt motiverad av hög arbetsbelastning och i ett fall sjukdom. I efterhand kan jag se fördelar med både fysiska och digitala intervjuer. Jag upplevde att det sociala utbytet, som skulle motverka en alltför formell stämning, snarare var bundet till person än situation. Stämningen under intervjuerna skiljde sig nämligen inom vardera intervjuformen.

Även längden på intervjuerna varierade inom de två olika intervjuformerna. Den kortaste fysiska intervjun var knappt 22 minuter lång, medan den kortaste digitala intervjun varade drygt 18 minuter. De längsta intervjuerna inom vardera intervjuformen varade i 37 respektive 29 minuter. Då samtliga intervjuer kan anses relativt korta för att vara kvalitativa intervjuer har jag även fört resonemang rörande vad anledningen till detta kan vara. Jag menar att de teman jag syftat att undersöka vid intervjutillfällena hade en tendens att sammanlänkas i intervjudeltagarnas svar. På så vis kunde deltagarna belysa flera olika teman i ett och samma svar på en fråga. Även om följdfrågor ställdes rörande de olika temana, krävde detta mindre tid än om vardera temat hade behandlats för sig. Vidare upplevde jag även att intervjudeltagarna i många fall var klara över sina svar på frågorna jag ställde, vilket gjorde intervjuandet effektivt och ytterligare påverkade tiden för vardera intervjun. Min sammanfattande bedömning rörande intervjuernas respektive längd är alltså att intervjudeltagarna genom sina svar gav mig ett rikt material att analysera, trots att det gick relativt snabbt att genomföra intervjuerna och diskutera studiens teman.

I avslutningen av samtliga intervjuer frågade jag intervjudeltagaren om jag fick kontakta dem på nytt om jag hade ytterligare funderingar, vilket samtliga samtyckte till. Detta blev dock aldrig aktuellt utan det material som presenteras

har framkommit vid intervjutillfällena. Vidare informerade jag deltagarna om att de gärna fick ta del av det färdigställda materialet, vilket samtliga önskade göra.

### 4.3 Bearbetning och analys

Då mina sammanställda transkriberingar av intervjuerna resulterade i ett omfattande material fanns det ett stort behov för mig att sortera upp det för att det skulle bli överskådligt. För att göra detta började jag läsa igenom mitt material på nytt, men nu med en mer analytisk blick. Rennstam och Wästerfors (2015, s. 222ff) lyfter att det självklart är svårt för forskaren att se sitt eget insamlade material utifrån, men att det ändå är viktigt att forskaren försöker se på materialet som att hen inte har samlat in det själv för att kunna se mönster som är relevanta att analysera (a.a.). Utifrån detta resonemang valde jag därför att läsa om mitt insamlade material flera gånger för att sedan kunna bearbeta det genom att organisera det utifrån olika teman.

Utifrån vad jag fann i materialet utformade jag teman rörande de mest framträdande aspekterna i de transkriberade intervjuerna. Dessa teman blev: *idén om tvärprofessionell samverkan, tvärprofessionell samverkan i praktiken, profession samt begränsningar i handlingsutrymmet*. Utifrån dessa teman ansåg jag att materialet från intervjuerna kunde kategoriseras för att sedan på ett rättvist sätt presentera en analys av studiens resultat. När innehållet från intervjuerna var sorterat kunde jag konstatera att det material jag samlat in var tillräckligt för att besvara studiens frågeställningar.

Jag började därför att koda mitt material. Kodningen innebar att jag digitalt gjorde färgmarkeringar i materialet utifrån ett färgschema som motsvarade vardera tema. När all text i transkriberingen var färgmarkerad gick jag vidare till en mer fokuserad kodning. Fokuserad kodning beskriver Rennstam och Wästerfors (2015, s. 222ff) som det som sker när författaren börjar observera att vissa delar av det initialt kodade materialet har större relevans och bäring för undersökningen än andra (a.a.). När dessa var markerade sammanställde jag dem digitalt för att jag lättare skulle kunna observera vilka mönster jag kunde se samt vad som bryter av dessa. Slutligen hade jag i analysarbetet med mig

pappersutskrifter av det kodade materialet. För att lättare få en överblick rörande vilka delar av materialet som skulle analyseras utifrån vartdera temat gjorde jag även markeringar på pappersutskrifterna.

Utifrån det bearbetade materialet kunde jag sedan påbörja min analys. Under bearbetningen av materialet upptäckte jag att både socionomerna och sjuksköterskorna i studien diskuterade sitt arbete utifrån möjligheter och begränsningar relaterade till organisatoriska riktlinjer. Detta fick mig att reflektera över om Lipskys (2010) teori om Gräsrotsbyråkrater kunde vara lämplig att genomföra analysen ifrån. Efter närmre studier ansåg jag att så var fallet, men att Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrati inte räckte för att täcka det teoretiska behovet. Då lång tid har passerat sedan Lipsky introducerade teorin år 1980 ser förutsättningarna för gräsrotsbyråkraternas arbete annorlunda ut idag. Därav valde jag att även inkludera vidareutveckling som producerats rörande gräsrotsbyråkratin. Slutligen ledde intervjudeltagarnas resonemang om betydelsen av den egna professionen i tvärprofessionell samverkan mig till Hudsons (2002) redogörelser om professionsidentitet och professionsstatus inverkan på samverkan.

När jag valt ut vilka teoretiska utgångspunkter som skulle diskuteras i relation till mitt insamlade material kunde jag på nytt fokuserat studerade mitt bearbetade material jämsides med teorin för att finna lämpliga utgångspunkter för analysen. Det material jag samlat in via kvalitativa intervjuer är unikt, på så vis att sammansättningen av respondenter och deras svar är ensamt i sitt slag. Genom att föra en analys utifrån relevant teori är min förhoppning att den analys jag ska presentera kan komma att utgöra ett tillägg till det aktuella kunskapsläget.

#### 4.4 Forskningsetiska överväganden

För att förhålla mig forskningsetiskt korrekt har jag konsekvent utgått från Vetenskapsrådets (2002, s. 5ff) forskningsetiska principer i mitt arbete. En grundläggande aspekt har därav varit att deltagarna i studien i enlighet med *informationskravet* ska vara införstådda med studiens syfte samt vad ett deltagande skulle innebära. För att säkerställa detta formulerade jag ett

informationsbrev (se Bilaga 2) som de fick ta del av redan vid första kontakten via mail. Vid intervjutillfället tog jag sedan med mig informationsbrevet för en ytterligare genomgång av dess innehåll med deltagarna. Jag poängterade i enlighet med informationsbrevets innehåll att deltagandet i studien är frivilligt och att de därför hade rätt att avbryta intervjun utan att behöva förklara för mig varför de inte önskade fortsätta.

Vidare inhämtade jag samtycke till deltagandet från intervjudeltagarna innan intervjun påbörjades utifrån *samtyckeskravet* (Vetenskapsrådet, 2002, s. 9ff). Som ett led i detta bad jag även om samtycke för att starta ljudinspelning. Därefter mottog jag ett muntligt samtycke från vardera intervjudeltagaren rörande deras deltagande som jag således spelade in. Om det av någon anledning inte hade varit lämpligt att genomföra ljudinspelning av intervjuerna hade jag istället försäkrat mig om att ta emot ett skriftligt samtycke från vardera deltagaren.

I enlighet med Vetenskapsrådets (2002, s. 12f) tredje forskningsetiska princip, *konfidentialitetskravet*, informerade jag deltagarna om att deras personuppgifter lagras utifrån största möjliga konfidentialitet på ett sätt så att obehöriga inte ska kunna ta del av det. För att säkerhetsställa detta har jag förvarat ljudinspelningar och transkribering av intervjuerna på en extern hårddisk som varit placerad i ett låst skåp. Vidare har jag även anonymiserat intervjudeltagarnas personuppgifter i det färdiga materialet för att säkerhetsställa att deras deltagande kan anses anonymt. I enlighet med konfidentialitetskravet hade det varit en fördel att förbereda blanketter om tystnadsplikt, men utifrån upplägget för intervjuerna valde jag att försäkra deltagarna muntligt om att jag inte skulle uppge information om deras personuppgifter vidare.

En aspekt som möjligtvis skulle kunna anses påverka möjligheten att upprätthålla konfidentialiteten i denna studie är de dilemman jag stötte på i samband med urvalet. I den kommun där enhetscheferna valde att ta reda på vilka av de anställda som var intresserade av att delta i intervjun för att sedan sammankoppla mig med dessa kan påvisa att konfidentialiteten brast då både enhetschef och eventuella kollegor visste om deras deltagande. Jag ser dock inte att detta blev ett

problem utifrån att dessa intervjudeltagare tackade ja till att delta med insikt om ovannämnda förhållanden. Om de hade sett det som ett problem att deras arbetsgrupp och chef visste om att de valt att delta i studien tänker jag att de hade tackat nej när de blev tillfrågade.

Slutligen agerade jag i enighet med Vetenskapsrådets (2002, s. 14) *nyttjandekrav*. Jag klargjorde för intervjudeltagarna att det material som framkommer i intervjuerna enbart kommer användas till denna specifika uppsats och således inte i något annat sammanhang. Vidare berättade jag att insamlat material, efter att uppsatsen färdigställts, kommer att förstöras.

## 4.5 Förförståelse

Min förförståelse för tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen grundar sig i tidigare arbetslivserfarenhet. Jag har vikarierat som biståndshandläggare under knappt ett år vid sidan av studierna. Min förförståelse för det tvärprofessionella arbetet inom äldreomsorgen är en av anledningarna till att denna uppsats fokuserar på just de frågor som den gör. Att jag har arbetslivserfarenhet inom äldreomsorgen bidrar oundvikligt till att jag besitter en egen uppfattning av hur den tvärprofessionella samverkan kan se ut samt har egna upplevelser av hur det är att arbeta med sociala insatser för äldre.

Min uppfattning är att frågan om att samverka tvärprofessionellt inom äldreomsorgen inte tas på tillräckligt stort allvar. De positiva effekter välfungerande tvärprofessionell samverkan har möjlighet att ge både brukaren, professionen och organisationen menar jag tappas då yrkesverksamma ser det som en omständlig och resurskrävande arbetsuppgift. Vidare har jag genom mina erfarenheter en upplevelse av att det är olika från person till person hur högt tvärprofessionell samverkan prioriteras i det vardagliga arbetet. Medan en person har kontinuerlig kontakt med andra professioner rörande de gemensamma brukarna upplever jag att andra knappt ens vet vilken sjuksköterska de ska ringa för att få inblick i den enskildes vård.

Genom att utgå från utgångspunkten att det inte enbart fungerar bra eller dåligt att samverka tvärprofessionellt, skulle jag vilja påstå att jag har en öppenhet och nyfikenhet rörande vad det finns för individuella erfarenheter och resonemang hos yrkesverksamma inom äldreomsorgen. Då denna uppsats som tidigare nämnt utgår från en kvalitativ ansats med intresse att förstå individuella upplevelser av ett fenomen, har jag en förhoppning om att jag på ett rättvist sätt har kunnat ställa frågor till intervjudeltagarna i studien. Jag är självklart medveten om att min förförståelse kan riskera att ha en viss inverkan på vad jag lyssnar efter i intervjuer, men jag har genom att vara medveten om detta gjort mitt bästa för att mitt material inte ska bli vinklat efter mina egna erfarenheter.

## 4.6 Tillförlitlighet och äkthet

I kvantitativ forskning bedöms kvaliteten på forskningen utifrån validitet och reliabilitet. Dessa aspekter har problematiserats av kvalitativa forskare utifrån uppfattningen att de inte är överförbara för att bedöma kvalitativ forskning. Till följd av detta presenterar Bryman (2018, s. 467ff) forskarna Lincoln och Guba (1985) /Guba och Lincolns (1994) två alternativa kriterier för bedömning av kvalitativ forskning, *tillförlitlighet* och *äkthet*. Jag kommer således resonera om denna uppsats forskningskvalitet genom att relatera den till ovan nämnda begrepp.

För att påvisa min forsknings tillförlitlighet har jag i detta kapitel fört en transparent redogörelse hur min forskningsprocess gått till och presenterat hur jag har arbetat för att agera utifrån Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska överväganden. Genom sådan transparens har jag påvisat mitt arbetes *trovärdighet* och *pålitlighet*.

Med syfte att ytterligare visa på studiens trovärdighet hade det varit möjligt att genomföra en omfattande respondentvalidering i enlighet med Lincoln och Gubas (Se Bryman 2018, s. 467ff) resonemang. Utifrån arbetets omfattning gjorde jag däremot bedömningen att det skulle kräva mer tid än vad det fanns möjlighet till. Jag valde däremot att på andra sätt i samtalet med intervjudeltagarna konfirmera vad jag uppfattat i deras svar för att kontrollera att jag tolkat dem på rätt sätt. Ett sådant sätt var att ställa följdfrågor. Genom att ställa frågor baserat på vad

intervjudeltagarna berättat visade jag på att jag förstått innebörden av det de sagt och således önskade få veta mer. En annan metod jag använde under intervjuerna för att säkerställa att jag förstått vad som sagts rätt var att jag beskrev vad jag hört i deras svar. Ett exempel på sådan respons var “Du nämner också det här med helhetsperspektiv. Vad är din bild av helhetsperspektiv inom äldreomsorgen?”. Avslutningsvis frågade jag intervjudeltagarna i slutet på intervjun om de upplevde att jag missat att fråga om något, om de önskade tillägga något samt om det är något ytterligare de ansåg viktigt att jag tog med mig från samtalet vi haft. På detta sätt syftade jag att öka trovärdigheten utifrån en anpassning av traditionell respondentvalidering.

Vidare har jag i enlighet med Guba och Lincoln (se Bryman 2018, s. 467ff) strävat efter att framställa fylliga beskrivningar av de som framkommer som centralt i intervjudeltagarnas berättelser. På så sätt visar jag tydligt på den kontextuella situationen intervjudeltagarna befinner sig, vilket indikerar hur pass *överförbart* studiens resultat är. Ett exempel på en sådan framställning är att jag i den avslutande delen i detta kapitel kommer ge en kortare beskrivning av både kommunerna och deltagarna i denna studie. Utifrån deltagarnas anonymitet har jag däremot inte uppgett specifika uppgifter som skulle kunna visa på vem som lämnat uppgifterna.

Slutligen presenterar Lincoln och Guba (Se Bryman 2018, s. 467ff) att det är viktigt att forskaren agerat i god tro vid genomförandet av undersökningen för att *styrka och konfirmera* studien. Genom att öppet föra en diskussion om vad jag har för förförståelse och vad den grundar sig i kan jag motivera att jag inte medvetet har låtit mina personliga värderingar styra utförandet av studien och presenterandet av studiens slutsatser.

Avslutningsvis vill jag påvisa att min studie är relevant utifrån Lincoln och Guba (Se Bryman 2018, s. 467ff) redogörelse av *äktighet*. Genom att konsekvent redogöra för mitt syfte med studien och genom att vara reflekterande om studiens genomförande har jag visat på en ambition att såväl socionomers som sjuksköterskors perspektiv ska få lika stort utrymme i arbetet och därigenom ge en



rättvis bild. Min förhoppning är även att deltagandet i studien ger deltagarna en bättre möjlighet till förståelse av sin situation och den sociala miljö de lever i. I förlängningen hoppas jag även att möjligheten att ta del av andras erfarenheter och resonemang om tvärprofessionell samverkan ska hjälpa deltagarna till ökad förståelse för hur andra i samma miljö upplever saker och ting. Slutligen har jag en förhoppning att möjligheten att diskutera och redogöra för frågan om tvärprofessionell samverkan kunnat ge deltagarna en öppning att framöver kunna göra ansträngningar för att förbättra de aspekter i samverkan som de anser inte fungerar idag.

## 5 Resultat och analys

Under tre rubriker kommer jag i detta kapitel presentera studiens resultat, samt föra en analytisk diskussion med stöd i min teoretiska utgångspunkt och relevanta begrepp. Detta upplägg innebär att vardera rubriken efterföljs av en presentation av studiens material. När allt relevant material är presenterat rörande vardera ämnet, presenteras min analys utifrån de teoretiska utgångspunkterna i relation till det resultat som ovan presenterats.

### 5.1 Idén med tvärprofessionell samverkan i äldreomsorgen

I enlighet med tidigare forskning berättar socionomerna under intervjuerna att tvärprofessionell samverkan är viktig både för professionerna och målgruppen inom äldreomsorgen (Jfr, Dunér & Wolmesjö 2015; Hudson 2002; Melin Emilsson 2013). Socionom 2 resonerar för att det är viktigt att professionerna inom äldreomsorgen ska vara en enhet runt brukaren. Hon menar att alla parter trots allt har samma mål, vilket är att se till brukarens bästa. Vidare resonerar Socionom 3 om vikten av att även ha koll på hur det ser ut i övrigt i brukarens liv, något hon menar uppnås genom fungerande tvärprofessionell samverkan. Socionom 1 lyfter att en ytterligare aspekt för genomförbarheten av tvärprofessionell samverkan är att det finns en tydlig överblick rörande vem som ska göra vad för att brukarens behov ska tillgodoses.

En återkommande uppfattning hos de deltagande socionomerna är att socionomprofessionen besitter ett särskilt intresse för att samverka tvärprofessionellt, i jämförelse med andra professioner. Socionom 2 beskriver det som att socionomer utifrån sitt uppdrag behöver samla in så mycket information som möjligt för att kunna fatta korrekta beslut. Något som i sin tur kräver tvärprofessionell samverkan där alla professioners perspektiv får utrymme. Även Socionom 1 belyser att det är viktigt att arbeta tvärprofessionellt för att vården ska vara trygg och säker för den enskilde. Hon menar att de olika professionerna, utifrån sin specifika expertis, besitter olika förslag på lösningar som är viktiga att

diskutera utifrån önskan att se till brukarens samlade problematik. Detta belyser även Socionom 3 genom att beskriva att olika professioner har olika verktyg och kunskap, som genom tvärprofessionell samverkan kan bidra till att brukaren får den vård den behöver.

Vidare beskriver Socionom 2 och 3 att öppenhet för att flera faktorer påverkar den enskildes behov, är en förutsättning för att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv i äldreomsorgen. Socionom 1 beskriver att helhetsperspektiv i arbetet kan hjälpa de samverkande professionerna att förstå orsakerna till ett visst beteende hos den enskilde. Hon säger att det kan finnas flera orsaker till att en brukare tackar nej till att få hjälp med mer intima insatser.

Utifrån helhetsperspektiv kan jag tycka att det handlar om att se utanför boxen. Att kunna titta och se att det kan vara andra saker än ett "jag vill inte ha hjälp att gå på toaletten". (Socionom 1)

Vad som kan ligga bakom ett nekande av insatser, som den enskilde är i behov av, kan till exempel vara att det förekommer våld i relationen med den enskildes partner, berättar Socionom 1. För att kunna uppmärksamma sådana fall berättar hon att anställda socionomer i Kommun 1 är utbildade för att kunna ställa frågor om både psykiskt och fysiskt våld i situationer där misstanke finns om att det förekommer. Socionom 1 tycker att helhetsperspektiv behöver vara en given del i arbetet inom äldreomsorgen.

Vidare lyfter Socionom 3 att god kommunikation och öppenhet kan leda till att långsiktiga lösningar, baserade i tvärprofessionell samverkan, skapas.

Om man ser sitt uppdrag utifrån ett större perspektiv kanske man vill lösa en situation för att säkerhetsställa att det funkar framåt, istället för att gå och släcka små eldar hela tiden. För det [...] kan leda till en svår arbetssituation för mig också, om man får se det från min position som yrkesutövare. Det är ju bättre att ha ett helhetsgrepp än att småpilla i ett ärende. (Socionom 3)

Socionom 3 belyser att det bör anses som både den enskildes bästa, så väl som professionernas, att finna långsiktiga lösningar i arbetet inom äldreomsorgen.

Dock vill Socionom 3 poängtera att tvärprofessionell samverkan inte är relevant i alla ärenden inom äldreomsorgen. Ibland kan den enskildes insatser inom SoL och HSL löpa parallellt, utan att de olika professionerna behöver samverka, berättar hon.

Att det inte alltid är relevant att samverka tvärprofessionellt inom äldreomsorgen belyser även Sjuksköterska 2. Hon ser det som relevant att samverkan sker när patienter har komplexa behov, men att samverkan inte nödvändigtvis behöver ske just mellan sjuksköterskor och socionomer. Sjuksköterska 2 föreslår istället att hemtjänstens teamledare bör ha en central roll i samordningen av det sociala respektive det medicinska arbetet. Hon säger att det för henne känns orimligt att som sjuksköterska söka kontakt med ansvarig socionom rörande den enskildes sociala behov, när det finns andra sätt att lösa situationen.

Vi jobbar ju så att kontakten finns med biståndshandläggarna, det är bara det att den går från teamledare till biståndshandläggare, eftersom det är de som jobbar med SoL. [...] Jag jobbar ju inte med SoL. Och teamledaren jobbar ju i både HSL och SoL. Så brister det i HSL kontaktar hon mig, brister det i SoL kontaktar hon biståndshandläggaren. Så du förstår [...] jag är ju så långt ifrån SoL, och det är ju så det ska vara. [...] Så anledning till att jag skulle kontakta biståndshandläggare, det finns ju nästan inte. (Sjuksköterska 2)

För Sjuksköterska 2 blir det således viktigare att var profession har koll på sitt ansvar och sköter sina uppgifter på bästa sätt. För att vården ska fungera säger hon att det istället är viktigt att de yrkesverksamma har rätt inställning och att vardera professionen vet vad den har för ansvar. Sjuksköterska 1 resonerar å andra sidan för att tvärprofessionell samverkan, även mellan socionomer och sjuksköterskor, är viktigt för att i äldreomsorgen arbeta utifrån ett helhetsperspektiv.

Det är jätteviktigt. Jag kan tycka liksom att om inte alla professioner är inblandade så blir det inte den helheten för patienten, jag har svårt att få med det då. (Sjuksköterska 1)

Sjuksköterska 1 och 3 konstaterar båda två, i likhet med socionomerna, att alla professioner inom äldreomsorgen jobbar mot samma mål. Sjuksköterska 1

poängterar att tvärprofessionell samverkan borde ligga i alla professioners intresse.

Det är ju så att alla måste engagera sig och att vi är här för våra patienter. Det är allas ansvar oavsett vad man har för profession liksom. Vi måste tänka tvärprofessionellt, alltid. (Sjuksköterska 1)

Hon konstaterar även att många insatser inom SoL och HSL flätas ihop i det dagliga arbetet och därav kräver samverkan mellan de olika professionerna. Ett exempel på när just socionomer och sjuksköterskor behöver samverka är enligt Sjuksköterska 1 när den enskilde behöver hjälp rörande nutrition. Eftersom socionomerna ansvarar för beslut rörande kosthållning medan sjuksköterskorna utifrån ordination följer den enskildes värden, behöver dessa insatser planeras gemensamt mellan professionerna för att brukaren ska få god vård.

Vidare uppger Sjuksköterska 1 att vardera professionen inte på egen hand kan se brukarens hela situation. Till exempel menar hon att socionomer inte kan få en helhetsbild genom ett kortare hembesök hos brukaren i samband med en behovsutredning. För att rättvisa bedömningar ska genomföras poängterar Sjuksköterska 1 att socionomerna även behöver ta in sjuksköterskor och andra professioners perspektiv rörande den enskildes behov under utredningsperioden.

Även Sjuksköterska 3 belyser att det tvärprofessionella arbetet skapar förutsättningarna för professionerna att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. Hon uppger att faktumet att de alla arbetar inom samma organisation bör innebära att fokuset på brukaren i ett helhetsperspektiv blir en integrerad del av arbetet.

### 5.1.1 Olika förhållningssätt till tvärprofessionell samverkan

I studiens resultat framkommer det att flera av studiens deltagare sammankopplar det tvärprofessionella arbetet inom äldreomsorgen med att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. De beskriver att de olika professionerna ska arbeta runt brukaren som en enhet och att alla parter arbetsuppgifter utgår från en gemensam önskan att se till brukarens bästa. Således menar alltså vissa av studiens deltagare

att organisatoriska förutsättningar att samverka tvärprofessionellt samtidigt skapar de förutsättningar som krävs för att arbeta efter ett helhetsperspektiv.

Det intressanta är däremot att de intervjudeltagare som uppger att tvärprofessionell samverkan inte alltid är relevant inom äldreomsorgen, ändå lyfter betydelsen av att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. Det som skiljer deras beskrivningar av att arbeta efter ett helhetsperspektiv från övriga deltagare är att det för dem inte är synonymt med att samverka tvärprofessionellt. Sjuksköterska 2 lyfter till exempel att det är viktigt att var profession är väl insatt i sina arbetsuppgifter och utför dessa på ett korrekt sätt, för att brukarens komplexa behov ska bli tillgodosett. Hon presenterar vidare en annan inställning till hur informationsöverföring mellan professioner ska genomföras än vad övriga deltagare i studien gör. Idén om att hemtjänstens teamledare ska koordinera de sociala insatserna respektive de medicinska insatserna är enligt henne den bästa lösningen, då det innebär att de professioner som arbetar inom samma lagstiftning är de som samverkar rörande aktuella brukare. På så vis föreslår hon att relevant information når rätt person även när den inte kommer direkt från förstahandskällan.

Dessa två olika sätt att förhålla sig till begreppet helhetsperspektiv skulle jag vilja argumentera för speglar gräsrotsbyråkratins resonemang om att vardera gräsrotsbyråkraten formar utförandet av sitt eget arbete (Lipsky, 2010). De olika deltagarna i studien beskriver olika sätt att utifrån sitt handlingsutrymme se till att brukarens hela problematik arbetas med utifrån ett helhetsperspektiv. Samtidigt blir dessa två förhållandesätt, att över professionsgränserna utveckla en handlingsplan respektive att var profession gör sitt bästa inom sitt område, svåra att sammanfoga på ett vis där samtliga parter blir nöjda.

Det ökade införandet av tvärprofessionella team i äldreomsorgen ställer större krav på att samtliga professioner samverkar i det dagliga arbetet, behovsbedömning och vid samverkansmöten. Taylor och Kellys (2006) lyfter att de förutsättningar gräsrotsbyråkratin numera innefattar ger mindre utrymme för gräsrotsbyråkraterna att styra sitt arbete utifrån personliga värderingar och

preferenser än vad Lipsky (2010) beskrev att de hade år 1980. Genom tydligare organisatoriska riktlinjer blir gräsrotsbyråkraterna allt mer styrda i sina arbetsmetoder vilket innebär att handlingsutrymmet i sin tur krymper. Om den individuella preferensen rörande hur man ska arbeta efter ett helhetsperspektiv skiljer sig från hur organiseringen av tvärprofessionell samverkan ser ut skulle jag vilja påstå att det riskerar att göra arbetet mer konfliktfyllt för samtliga parter. Vidare går det att anta att den brist på tydliga riktlinjer rörande hur tvärprofessionell samverkan ska utföras, som intervjudeltagarna vittnar om, lämnar visst utrymme för båda förhållningssätten att utföras. Detta trots att de i sin tur resulterar i motsättningar professionsutövarna emellan. Utifrån olika förhållningssätt har professionsutövarna skilda förväntningar på andra professionsutövare samt vad andra har rätt att förvänta sig av dem i deras arbete.

## 5.2 Erfarenheter av tvärprofessionell samverkan

Tvärprofessionell samverkan är organiserad på olika sätt i Kommun 1 och Kommun 2. I Kommun 1 är brukarna uppdelade mellan socionomerna utifrån vilket datum de är födda, medan samma brukare för sjuksköterskorna är uppdelade efter var i kommunen de är bosatta. I Kommun 2 är brukarna uppdelade utifrån samma geografiska områden för vardera professionen. Tidigare har professionerna inom vardera området dessutom suttit tillsammans på samma arbetsplats, men numera sitter vardera professionen för sig.

När sjuksköterskorna i studien resonerar om sina erfarenheter av tvärprofessionell samverkan beskrivs den personliga kontakten mellan de olika professionerna ha stor betydelse för deras upplevelse. Sjuksköterska 1 berättar att det är endast en socionom som har ansvar för samtliga av hennes brukare, något hon ser som en stor fördel. Hon uppger att den goda kontakt hon och socionomen utvecklat under den tid de arbetat tillsammans lagt grunden till det stora förtroende de idag har för varandra i arbetet.

Även Sjuksköterska 3, som i sitt arbete samverkar med två socionomer, beskriver att den kontinuerliga kontakten har betydelse för hur tvärprofessionell samverkan fungerar i praktiken. En av de socionomer hon delar brukargrupp med sitter

dessutom på samma arbetsplats som Sjuksköterska 3. Att sitta på samma arbetsplats som de hon samverkar med upplever hon vara en stor fördel som gör tvärprofessionell samverkan enklare rent praktiskt.

På lunchen kan man ju diskutera och så får man nys om saker som förändras. [...] Så det blir ju så när man träffas fysiskt, jag tror det [tvärprofessionella arbetet] kommer fortare fram. (Sjuksköterska 3)

Vidare menar hon även att den gemensamma målsättningen leder till att tvärprofessionell samverkan bedrivs omedvetet dagligen. I kontrast till detta upplever Sjuksköterska 2 att samverkan med socionomer är en ovanlighet i hennes arbete. I intervjun berättar Sjuksköterska 2 att hon som mest har kontakt med ansvarig socionom var tredje vecka. Hon lyfter att de två olika sätten att dela upp brukarna i Kommun 1 har försvårat den tvärprofessionella samverkan.

Det är ju ett bekymmer för vår teamkänsla, vårt teamarbete skulle ju faktiskt vinna på att man har en biståndshandläggare på sitt område. Men i den omorganisationen [från att tidigare arbeta utifrån område] så valde biståndshandläggarna att organisera sig efter dag [den enskilde är född], och då föll samarbetet. (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterska 1 lyfter att organisatoriska förändringar försvårat tvärprofessionell samverkan även i Kommun 2. Sjuksköterska 1 menar att omorganiseringen som innebar att professionerna inte sitter på samma arbetsplats, har försämrat samverkan dem emellan. Hon beskriver förändringarna i organisationen som en snabb process där det saknades handlingsplan för hur tvärprofessionell samverkan skulle fungera i fortsättningen. Vad Sjuksköterska 1 tror skulle behövas för att förbättra tvärprofessionell samverkan i Kommun 2 är mer frekventa tvärprofessionella möten. I nuläget har de enbart ett gemensamt möte en gång i månaden.

Som svar på frågan om vilka ansträngningar som görs för att förbättra tvärprofessionell samverkan på individuell nivå svarar Sjuksköterska 1 att hon tycker att det är viktigt med en kontinuerlig kommunikation. För att främja det brukar hon försöka förutse vad den andra parten kan behöva ha kännedom om,



och sedan informera om det via mail eller telefon. Även Sjuksköterska 3 berättar att hon aktivt försöker underlätta den tvärprofessionella samverkan. Hon beskriver att hon ser sjuksköterskeprofessionen som ”spindeln i nätet” inom tvärprofessionell samverkan. Hon uppger att hon som sjuksköterska besitter ett stort ansvar för att den tvärprofessionella samverkan ska bli av. Om hon själv inte har möjlighet att lösa en situation beskriver Sjuksköterska 3 att hon är mån om att koppla in rätt profession, istället för att bara svara att det inte är hennes ansvar att åtgärda problematiken.

Likväl som sjuksköterskorna har socionomerna i studien spridda erfarenheter av tvärprofessionell samverkan. Socionom 3 konstaterar att de inte har några bestämda rutiner rörande tvärprofessionell samverkan. Bristen på sådana rutiner menar hon gör ambitionen att samverka tvärprofessionellt individuell och personbunden. Socionom 1 lyfter att det även är individuellt från person till person hur lätt det går att samverka tvärprofessionellt.

Även socionomerna i studien anser att det är fördelaktigt om man har ett mindre antal personer att samverka tvärprofessionellt med. Detta förklaras med att personlig kännedom förenklar samverkan. Att försöka främja att tvärprofessionell samverkan fungerar mellan socionomer och sjuksköterskor i äldreomsorgen upplever dock Socionom 2 som svårt till följd av flera anledningar.

Vi är trots allt två skilda professioner som inte sitter på samma ställe och vi träffar aldrig dem. Jag vet inte vad många av dem heter heller. (Socionom 2)

Socionom 2 berättar att socionomerna i Kommun 1 inom kort kommer arbeta ifrån geografiska områden i uppdelningen av brukarna. Hon upplever detta som något positivt då det kommer skapa bättre förutsättningar för ett nära samarbete med ansvariga sjuksköterskor. Dock påpekar Socionom 3 att det kan vara svårt att främja en välfungerande tvärprofessionell samverkan, även i de fall där kontakten är kontinuerlig. På frågan vad hon gör för att främja tvärprofessionell samverkan i sitt arbete har hon svårt att komma på något konkret.

Där skulle jag nog tyvärr behöva svara ingenting. Det är ju så tyvärr, och det är ju inte positivt, men att vardagen rullar på och ärendemängden gör att det ibland är svårt att stanna upp, samt att [...] man ibland inte ser vinningen i det.

(Socionom 3)

Hon uppger även att professionernas olika sätt att tänka är den största svårigheten i tvärprofessionell samverkan. Även om Sjuksköterska 1 lyft att samverkan försämrades vid omorganiseringen i Kommun 2 menar Socionom 3 att den tidigare strukturen försvagade socionomprofessionen inom äldreomsorgen. Vidare påverkade det även biståndsbedömningen eftersom socionomerna förväntades fatta beslut utifrån beställningar från de andra professionerna. Socionom 1 menar i likhet med detta att socionomer inom äldreomsorgen ibland känner sig som en beställningscentral som andra professioner förväntar sig ska ordna allt möjligt. Hon beskriver att det ofta saknas förståelse för hennes arbetsuppgifter och att det faktiskt ligger omfattande utredningar till grund för att en insats ska kunna sättas in. För att själv främja en välfungerande tvärprofessionell samverkan berättar Socionom 1 att hon lägger mycket vikt vid sitt sätt att kommunicera. Detta då hon anser att det ger bättre förutsättningar för alla inblandade.

Jag vet inte om det också är att vi som socionomer är tränade i att kunna bemöta människor på ett specifikt sätt, [...] men det ingår i vårt jobb att ha förståelse för andra fastän att vi inte alltid håller med. [...] Vi utgår från att man ska bemöta folk så som man själv vill bli bemött. Vi hamnar tyvärr ofta i situationer där folk säger till oss vad vi ska göra och vad vi ska lösa. Det kan vara väldigt problematiskt och jobbigt, så därför försöker ju vi ha en förståelse för hur andra jobbar för att vi också vill ha det bemötandet. (Socionom 1)

Vikten av att erbjuda ett gott bemötande i tvärprofessionell samverkan är något som även Socionom 2 lyfter som en personlig prioritering. Genom att visa uppskattning för samtalet med andra professioner menar Socionom 2 att hon försöker skapa en tydligare ”vi-känsla” med sjuksköterskorna. Hon lyfter att de trots allt är samarbetspartners och inte ”vi och dem”.

En ytterligare intressant aspekt som framkommer i materialet är de resonemang Socionom 1 och 2 lyfter rörande socionomernas handlingssätt i tvärprofessionell

samverkan. Socionom 1 diskuterar att förhållningssättet hon har är enhetligt inom socionomprofessionen vad gäller att bemöta andra människor. Det kan därav anses relevant att föra reflektioner rörande om inställningen till kommunikation och bemötande kan anses vara en del av socionomprofessionens identitet. Öppenhet för olika perspektiv lyfts flertalet gånger under intervjuerna fram som en del av deras professionsidentitet.

Under intervjuerna diskuteras även frågan om professionsstatus. Den främsta upplevelsen utifrån de deltagandes svar anses vara att socionomer och sjuksköterskor inom äldreomsorgen har en relativt jämlik professionsstatus. Hur de olika deltagarna resonerar rörande förekomsten av professionsstatus skiljer sig dock åt. Socionom 1 och Sjuksköterska 2 beskriver att de inte upplever det vara så stort fokus på status i deras respektive arbete. Socionom 2 lyfter att socionomerna möjligtvis har en större makt i och med att de är beslutsfattare, men att hon inte upplever det visa sig i statuskillnader. Socionom 3 upplever däremot att sjukvårdsprofessionerna till större grad ges kan ses ha en högre status, då deras medicinska kompetens anses viktig inom äldreomsorgen.

### 5.2.1 En förutsättning för arbetet eller en extra arbetsbörda?

Utifrån Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkraternas förutsättningar i sitt arbete går det att förstå socionomernas och sjuksköterskornas resonemang om att organisatoriska förutsättningar, individuell ambition och motivation skapar förutsättningarna för dem att arbeta tvärprofessionellt i praktiken. Det går därav att påvisa att deras givna handlingsutrymme spelar stor roll för hur deras arbete utformas. Utifrån socionomernas behov av att samla in information från flera professioner i behovsbedömningen, går det att påvisa att de i sin yrkesroll har en förhållandevis hög motivation att anstränga sig för att den tvärprofessionella samverkan ska fungera. Det kan därav argumenteras för att prioriteringen av tvärprofessionell samverkan kan beskrivas som en del av socionomernas professionsidentitet, snarare än styrd av personfaktorer.

Att konsekvent genomföra gedigen tvärprofessionell samverkan under utredningsprocessen skulle däremot kunna leda till en hög arbetsbelastning för

socionomerna. Detta om viljan till tvärprofessionell samverkan skulle möta motstånd från övriga parter. Exempelvis resonerar Socionom 3 för att motivationen att samverka tvärprofessionellt kan försvagas i de fall där socionomer möter låg ambition från de samverkande professionerna. I de fallen riskerar således resultatet att bli att socionomerna, trots intresset för tvärprofessionell samverkan utifrån sina arbetsuppgifter, tar genvägar i bedömningsarbetet och låter bli att prioritera samverkansprocessen. Samtidigt belyser till exempel Socionom 1 och 2 att de gör extra ansträngningar för att tvärprofessionell samverkan ska ha förutsättningar att fungera smidigt i praktiken. Dessa ansträngningar skulle kunna visa på en kontrasterande uppfattning av att välfungerande samverkan i längden lättar professionsutövarnas arbetsbörda genom att man gemensamt driver lösningar framåt.

I resultatet presenteras uppfattningen som Sjuksköterska 3 lyfter att de som sjuksköterskor har en central roll för att få tvärprofessionell samverkan att fungera. Utifrån studiens resultat går det att konstatera att sjuksköterskor inte har samma behov av att ta del av andra professioners perspektiv för att kunna genomföra sina arbetsuppgifter, på det vis som socionomerna behöver. Därav skulle det gå att argumentera för att de sjuksköterskor som aktivt främjar tvärprofessionell samverkan, i högre grad utgår från personfaktorer och individuella värderingar snarare än socionomerna, då det inte i samma grad underlättar deras arbete.

Med olika benägenhet att prioritera tvärprofessionell samverkan, utifrån att se det som en avgörande del av sina arbetsuppgifter respektive att lägga personligt värde i det, går det att anta att vilka individer som deltar i samverkanstillfällena kan spela stor roll för hur tvärprofessionell samverkan fungerar i praktiken. Jämsides med intervjudeltagarnas reflektioner om att personlig kontakt är viktig för att få samverkan att fungera, kan det antas att hur tvärprofessionell samverkan fungerar i praktiken avgörs av interaktionen de specifika professionsutövarna emellan. På så vis borde det inom en och samma kommun kunna skilja sig markant, vad gäller hur samverkan fungerar i praktiken, mellan de olika tvärprofessionella team som professionsutövarna är uppdelade i.

### 5.2.2 Betydelsen av professionsidentitet och professionsstatus

Utifrån Hudsons (2002) tes om att jämlik professionsstatus ger bästa förutsättningarna för tvärprofessionell samverkan blir det relevant att lyfta deltagarnas resonemang om status gentemot deras erfarenheter av tvärprofessionell samverkan. Baserat på intervjudeltagarnas erfarenheter av tvärprofessionell samverkan framkommer dels positiva erfarenheter, dels erfarenheter av att välfungerande tvärprofessionell samverkan är svår att få till i praktiken. Utifrån mitt material skulle jag inte påstå att Hudsons tes om att likvärdig professionsstatus i sig skapar goda förutsättningar till fungerande tvärprofessionell samverkan, stämmer in på resultatet i min studie. Däremot visar inte resultatet hur professionsstatusen påverkar deltagarnas erfarenheter av just tvärprofessionell samverkan.

Det går vidare att diskutera tvärprofessionell samverkan som ett hot mot professionsidentiteten. Till exempel beskriver Socionom 3 att det skedde en försvagning av socionomernas professionsidentitet respektive professionsstatus när de tidigare arbetade ute på distrikt med andra professioner. Detta går att förstå som att socionomernas perspektiv prioriterades ner i ett sammanhang där övriga professioners perspektiv alla var medicinska. En sådan sänkning av professionsstatusen försvårar i sin tur möjligheten att driva igenom sitt perspektiv, något som i sin tur inskränker på professionsutövarnas professionsidentitet. Samtidigt går det även att argumentera för att professionsidentiteten kan bli ett hinder i den tvärprofessionella samverkan. Flera av studiens deltagare vittnar till exempel om frustration över att de professioner som de samverkar med ibland tenderar att se situationen enbart från sitt eget perspektiv. Det egna perspektivet som baseras på professionsidentiteten kan alltså bromsa in det tvärprofessionella arbetet om de samverkande professionerna inte är benägna att vara öppna inför att deras perspektiv inte innefattar alla svar.

## 5.3 Frivillighetskravet inom äldreomsorgen

En återkommande orsak till frustration för intervjudeltagarna, beskrivs frivillighetskravet inom äldreomsorgen vara. Enligt lagstiftning i både SoL och

HSL framkommer det att vård och omsorg ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Detta medför att den enskilde ska ge samtycke för att utredningar ska påbörjas och insatser sättas in.

Socionom 1 beskriver att socionomer inom äldreomsorgen konsekvent arbetar utifrån frivillighetsprincipen i SoL och poängterar att lagen inte ger utrymme för några tvångsinsatser. Socionom 3 menar i sin tur att de två olika lagrummen inom SoL och HSL är olika, varför legitimerad sjukvårdspersonal har större befogenheter att ta till i sitt arbete. Av den anledningen upplever Socionom 3 att socionomer ofta bemöts med frustration från sjukvårdspersonal, då socionomerna starkt förespråkar brukarens självbestämmanderätt.

Vi måste hela tiden försäkra oss om att den enskilde verkligen vill, och under processen inte har ändrat sig. [...] Det krockar ibland med det man ser med blotta ögat [...] och det är ju jättefrustrerande såklart. När jag är jätteövertygad om att [...] heldygnsomsorg är det bästa för den enskilde men de vägrar, och så kommer det en annan profession och säger "Ser du inte? Här behövs det ju jättemycket hjälp!" (Socionom 3)

Frustrationen över att möta en situation där det finns åtgärder att göra, men där brukaren inte vill ta emot hjälp, menar således Socionom 3 är lika närvarande för socionomerna som för de andra professionerna inom äldreomsorgen. Hon anser dock att det saknas förståelse för detta i tvärprofessionell samverkan rörande den enskildes vård och omsorg. Vidare tror hon att socionomernas befogenhet att fatta beslut om insatser gör att andra professioner är mer benägna att ifrågasätta dem. Särskilt i de fall där de agerar utifrån den enskildes självbestämmanderätt, trots att det innebär att den enskilde tackar nej till insatser som professionerna anser att denne är i behov av.

Frustrationen när hjälp finns att få för brukaren, men inte sätts in, lyfter även Sjuksköterska 1. Hon menar att sådana situationer är särskilt svåra att förhålla sig till när brukaren är drabbad av kognitiv svikt. I de fallen förklarar hon att brukaren inte alltid förstår sitt eget behov och därav tackar nej utifrån upplevelsen att hen klarar sig själv. Ett annat perspektiv Sjuksköterska 1 reflekterar över är frågan om

frivillighet i de situationer där hjälpbehov finns hos brukare som under hela sitt liv levt under destruktiva förhållanden. I de fallen menar hon att det ofta kan vara svårt för brukaren att se vinningen i att plötsligt ta emot hjälp utifrån. Hon berättar att det i de fallen är lättare för henne att hantera att brukaren tackar nej till insatser, än när det är kognitiv svikt som ligger bakom oförståelsen för det egna hjälpbehovet.

Utifrån bestämmelserna inom HSL menar Sjuksköterska 1 att hon kan känna förståelse för att socionomerna ibland måste släppa brukare som tackar nej till insatser, även om hon kan känna sig frustrerad över att ingenting då blir gjort för att hjälpa den enskilde brukaren. Sjuksköterska 1 påpekar att de enligt lagstiftning inte heller kan sätta in medicinska insatser om brukaren säger nej, trots att det går emot deras riktlinjer att främja hälsa och förebygga ohälsa.

### 5.3.1 Äldreomsorgens dilemma rörande frivillighet och samtycke

Utifrån Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkraternas handlingsutrymme förstår jag deltagarnas resonemang rörande frivillighetskravet, som ett exempel på när byråkratiska regler begränsar gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme. Då kravet på frivillighet styrs genom svensk lagstiftning blir socionomernas och sjuksköterskornas möjligheter att agera utanför de satta riktlinjerna begränsade.

Vidare går det även att argumentera för att respekten för den enskildes frivillighet i sin tur är genomgående i både socionomernas och sjuksköterskornas professionsidentitet. Utifrån socionomernas resonemang om förklaringen till varför de inte kan gå emot den enskildes vilja i sitt arbete, visar de på en förståelse och respekt för de befintliga begränsningarna. På samma vis går det att dra paralleller till det perspektiv Sjuksköterska 1 redogör för utifrån vårdpersonalens skyldigheter att respektera den enskildes självbestämmanderätt. Således är det rimligt att argumentera för att respekten för brukarens vilja är en av grundstenarna i respektive professionsidentitet.

I detta avseende bör således Hudsons (2002) resonemang om att lika värderingar inom olika professioner främjar möjligheten till tvärprofessionell samverkan vara

intressant att föra resonemang om. Eftersom båda professionerna i denna fråga är överens om att brukarens frivillighet ska respekteras, bör samverkan dem emellan enligt Hudsons resonemang vara välfungerande. Ändå vittnar socionomer om en upplevelse av oförståelse och frustration från andra professioner när de inte sätter in insatser hos en brukare som tackar nej. Utifrån Skatvedt, Andvig och Baklien (2015) teori om extrema gräsrotsbyråkrater skulle en förklaring kunna vara att de andra professionerna anser att socionomerna skulle kunna göra mer för att hjälpa brukaren utifrån det handlingsutrymme de faktiskt besitter. Ett argument för att de kan göra mer utifrån sitt handlingsutrymme skulle kunna vara att socionomerna bör se arbetet för att äldre personer ska få leva ett värdigt liv väga tyngre än rätten till den fria viljan.

Ett möjligt motargument till detta skulle vara att Skatvedt, Andvig och Baklien (2015) teori om extrema gräsrotsbyråkrater grundar sig i att professionerna gör sitt yttersta för att handla utifrån professionsenliga värderingar, vilket det går att påstå att socionomerna i detta fall gör. Genom att respektera den enskildes nekande till insatser skulle kunna sägas att socionomerna inom äldreomsorgen gör sitt yttersta för att upprätta den enskildes rätt till självbestämmande, trots att det kan innebära att brukaren inte får den hjälp den utifrån sett är i behov av.

Det går att förstå att denna form av dilemman vid beslutsfattande kan ge utrymme för oenighet även socionomer emellan. Än mer frustrerande kan det vara att försvara sitt agerande till en annan profession som i sin identitet har andra värderingar de sätter högst. Till exempel skulle en sådan grundvärdering hos sjuksköterskorna kunna vara att det är viktigare att förebygga ohälsa än att självbestämmanderätten för en person med kognitiv svikt prioriteras framför rätt till lämplig vård och omsorg. Således skulle man kunna förstå att diskussionen fastnar när olika prioriteringar krockar och samverkansparterna inte känner tilltro till att de andra professionerna ser till brukarens bästa.



## 6 Avslutande diskussion

Avslutningsvis kommer jag presentera en kortare sammanfattning rörande hur denna uppsats besvarat studiens syfte och frågeställningar. Därefter kommer jag utifrån det befintliga kunskapsläget föra en diskussion rörande vilka nya forskningsfrågor studien väckt.

I kapitlet resultat och analys har jag utifrån tre huvudrubriker syftat att besvara studiens frågeställningar. Genom att föra intervjuer med socionomer och sjuksköterskor har denna uppsats visat hur sex enskilda professionsutövare resonerar rörande tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen och vilka personliga erfarenheter de besitter utifrån detta. Utifrån insamlat material går det att konstatera att studiens deltagare besitter individuella upplevelser som kommit att forma deras resonemang rörande den tvärprofessionella samverkan. Både fördelar och svårigheter med tvärprofessionell samverkan lyfts, likväl som tvärprofessionell samverkan beskrivs som såväl nödvändig som stundvis överflödig. Även om resultatet inte visar på en samstämmig inställning rörande hur tvärprofessionell samverkan ska utformas i äldreomsorgen och mellan vilka professioner, så lyfter samtliga deltagare att det är viktigt att flera professioner involveras i brukarnas vård och omsorg. Genom att från flera perspektiv arbeta med brukarens komplexa problematik menar professionsutövarna att de möjliggör en god äldreomsorg.

Genomgående i studiens resultat för professionsutövarna resonemang om deras möjligheter och begränsningar utifrån beskrivningar av deras givna handlingsutrymme. I anslutning till diskussionen om att utföra sitt arbete utifrån individuella och professionsbaserade värderingar diskuterar även studiens deltagare vilka effekter dessa ansträngningar har på deras arbetsbörda. En återkommande upplevelse för samtliga deltagare i studien är att den personliga kontakten med representanter från andra professioner är viktig för utfallet av samverkan dem emellan. Oavsett vilken profession parterna tillhör beskrivs det underlätta deras hantering av arbetsbördan att ha en personlig kontakt med de som är involverade i vården för samma brukargrupp. Vilka ansträngningar vardera

professionen, respektive professionsutövare, beskriver att de gjort för att underlätta tvärprofessionell samverkan respektive hantering av arbetsbördan beskrivs utifrån organisatoriska förutsättningar och personligt handlingsutrymme. Organisatoriska förutsättningar beskrivs i vissa fall vara hjälpande, medan de i andra fall beskrivs drastiskt försvåra tvärprofessionell samverkan och minska de enskilda professionsutövarnas handlingsutrymme.

Vidare presenterar studien resonemang rörande professionens relevans för tvärprofessionell samverkan. Här belyser resultatet av studien att det finns skilda meningar både mellan de olika professionerna, och även inom den egna professionen. Likväl som professionsutövare från både socionomprofessionen och sjuksköterskeprofessionen beskriver att intresset för tvärprofessionell samverkan ligger i den egna professionsidentiteten, lyfter andra professionsutövare inom de två olika professionerna att det inte är det viktigaste för ett lyckat arbete. Utifrån studiens resultat upplever jag att det finns en stark medvetenhet om professionsidentitet inom äldreomsorgen. Oavsett hur de enskilda professionsutövarna upplever att tvärprofessionell samverkan fungerar, för de återkommande resonemang som beskriver den egna eller andra professioners professionsidentitet.

Utifrån studiens syfte att förstå socionomers och sjuksköterskors erfarenheter och resonemang rörande tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen, anser jag att denna uppsats lyckats uppnå just detta. Utifrån insamlat material och genomförd analys vill jag mena att en ökad förståelse för enskilda professionsutövaras erfarenheter och resonemang rörande ämnet har framkommit. Utifrån studiens metodologiska begränsningar har inga generella slutsatser kunnat tas, vilket vidare skulle vara intressant att undersöka genom mer omfattande forskning baserad i individuella erfarenheter och resonemang.

Baserat på detta arbetes slutsatser vore det särskilt intressant att vidare undersöka huruvida personlig kontakt anses vara viktig för tvärprofessionell samverkan även i vidare forskning med möjlighet till ett större antal deltagare. Då denna undersökning utgått från professionsutövaras individuella upplevelser av

tvärprofessionell samverkan har denna aspekt kunnat belysas på ett sätt jag inte anser att tidigare forskning har haft möjlighet att göra. Möjligen skulle Melin Emilssons (2013) slutsatser, om att tillgången till tid är en viktig komponent för att utveckla välfungerande tvärprofessionell samverkan, kunna indikera att den personliga kontakten därigenom även gjort sitt för att förenkla samverkan professionerna emellan. Om så är fallet visar detta ytterligare på att frågan är värd att undersökas vidare.

En ytterligare fråga som skulle vara intressant att studera vidare är vilken betydelse tvärprofessionell samverkan har för genomförandet av rättssäkra beslut inom äldreomsorgen. Detta utifrån de olika professionsutövarnas beskrivning av i vilken grad man samlar in, respektive bidrar med, olika professionsperspektiv vid behovsbedömning. Huruvida svårigheter i tvärprofessionell samverkan kan påverka till vilken grad socionomer kan producera uttömmande utredningar att basera sin beslutsfattning på anser jag vara av intresse att djupare undersöka för att främja en god, men även rättssäker, äldreomsorg i Sverige.

Baserat på genomförandet av denna uppsats kan jag konstatera att tvärprofessionell samverkan inom just äldreomsorgen innefattar många intressanta aspekter att undersöka vidare. Utifrån att det är ett stort antal äldre personer som är i behov av sociala, respektive medicinska insatser, bör det ligga i samhällets intresse att även i fortsättningen arbeta för att den svenska äldreomsorgen ska fungera så bra som möjligt.

## 7 Referenser

- Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, uppl: 2:2, Stockholm: Liber.
- Basic, Goran (2018) Observed successful collaboration in social work practice: coherent triads in Swedish juvenile care. *European journal of social work*, 21 (2): 193–206.
- Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3. uppl. Stockholm: Liber.
- Dunér, Anna (2013) Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 27: 246–253.
- Dunér, Anna & Maria Wolmesjö (2015) Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18 (3): 354–369.
- Edebalk, Per Gunnar (2019). *Den "nya äldreomsorgen": Reträtt och prövningar 1994-2006"* i Årsbok 2018: Socialhögskolan, Lunds universitet [Elektronisk resurs]. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet [http://portal.research.lu.se/ws/files/63055106/RRSW\_2019\_2.pdf. Hämtat 2021-11-11].
- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*, uppl: 2:2, Stockholm: Liber.
- Hudson, Bob (2002) Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership? *Journal of interprofessional care* 16 (1): 7-17.
- Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in*

*public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation.

Melin Emilsson, Ulla (2013) The Role of Social Work in CrossProfessional Teamwork: Examples from an Older People's Team in England. *British Journal of Social Work*, 43: 116–134.

Melin Emilsson, Ulla, Anna-Lena Strid & Maria Söderberg (2020) Lack of Coordination between Health Care and Social Care in Multi-Professional Teamwork : the Obstacle for Coherent Care of Older People Suffering from Multi-Morbidity. *Journal of Population Ageing*: 1-17.  
<https://doi.org/10.1007/s12062-020-09300-8>.

Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2015) Att analysera kvalitativt material I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber.

SFS 2001:453 – Socialtjänstlag.

SFS 2017:30 – Hälso- och sjukvårdslag.

Skatvedt, Astrid, Ellen Andvig & Bergljot Baklien (2015) Bakkebyråkratietts yttergrense Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 11(1): 20-34.

Socialstyrelsen (2021) *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensson, Lennart G & Svensson, Kerstin (2020) Kontextuell professionalisering. Att studera professioner i historiska samhällskontexter. *Tidskrift for professionsstudier*. 16 (31): 84-93.

Taylor, Ian & Josie Kelly (2006) Professionals, discretion and public sector reform in the UK: Re-visiting Lipsky *International Journal of Public Sector Management*. 19 (7): 629-642.

Tiilikainen, Elisa, Anneli Hujala, Sirpa Kannasoja, Siri Rissanen & Kati Närhi (2019) They're always in a hurry - Older people's perceptions of access and recognition in health and social care services. *Health & Social Care in the Community*, 27 (4): 1011-1018.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* Stockholm: Vetenskapsrådet  
[[https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf). Hämtat 2021-12-10].

# 8 Bilagor

## 8.1 Intervjuguide

### Intervjuguide

#### **Bakgrundsinformation:**

När tog du examen från din utbildning till socionom/sjuksköterska?

Ålder?

Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

Har du tidigare arbetat på en annan arbetsplats inom samma fält?

#### **Organisatoriska förutsättningar**

##### **Ledning**

- Hur är tvärprofessionell samverkan organiserad i din kommun?
- Arbetar ni utifrån ett specifikt område som ett team med flera professioner?

##### **Ansvarsfråga**

- Hur ser du på ditt ansvar för tvärprofessionell samverkan i din roll?

##### **Arbetsdelning**

- Hur mycket kontakt har du med biståndshandläggare/sjuksköterskor i ditt arbete? Hur ser den kontakten ut?
- Anser du att dina arbetsuppgifter är lämpliga?

##### **HR-perspektivet**

- Upplever du att din chef ger dig det stöd du behöver kring ditt arbete?
- Vem är din närmsta chef organisatoriskt?

##### **Tvärprofessionalitet**

Vet du vad den andra professionen har för arbetsuppgifter/behov/förutsättningar?

Finns det något vis som du skulle kunna få mer insyn kring den andra professionens arbetsuppgifter/behov/förutsättningar?

Vet den andra professionen om dina arbetsuppgifter/förutsättningar/behov?

Vad kan göras för att förtydliga för andra professioner vad du har för arbetsuppgifter/behov/förutsättningar?

### **Samverkan**

Gör du något för att främja att tvärprofessionell samverkan fungerar?

Gör den andra professionen (socioonom/sjuksköterska) något som främjar samverkan?

Gör den andra professionen (socioonom/sjuksköterska) något som försvårar samverkan?

Vart sker samverkan? Fysiskt/mail/telefon?

### **Helhetsperspektiv**

Vad innebär "helhetsperspektiv" för dig?

På vilket vis kan man inom äldreomsorgen arbeta med helhetsperspektiv?

Hur talade man om helhetsperspektiv när du studerade?

Skiljer sig det i så fall mot hur du nu förhåller dig till helhetsperspektivet i arbetet i äldreomsorgen?

### **Profession**

Upplever du att skillnaden mellan professionerna påverkar möjligheten till samverkan?

Vilken status upplever du att din profession ges i tvärprofessionell samverkan?

**Är det något ytterligare du tänker att jag behöver ta med mig in i arbetet?**

Önskar du ta del av studien när den är klar?

Är det okej att jag hör av mig till dig via mail om jag har kompletterande frågor?

## **8.2 Informationsbrev**

Hej!

Mitt namn är Jonna Dahl och jag är socioonomstudent vid Lunds Universitet. Jag arbetar just nu med min kandidatuppsats som har syfte att försöka förstå socioonomer och sjuksköterskors erfarenheter av tvärprofessionell samverkan inom äldreomsorgen. Därav kommer jag genomföra enskilda intervjuer med ett antal yrkesverksamma inom ovannämnda professioner. Det jag vill prata med dig om är



alltså dina erfarenheter av tvärprofessionell samverkan i ditt dagliga arbete.

Intervjun beräknas ta ungefär mellan 30-60 minuter att genomföra och kommer göras enskilt. Det är fördelaktigt om vi har möjlighet att träffas fysiskt, men om det inte passar är jag flexibel kring att genomföra samtalet över Zoom, Teams, Skype eller telefon. Vart du vill genomföra intervjun bestämmer du, jag kommer gärna till din arbetsplats men om det inte passar för dig finner vi en annan plats.

Det är viktigt att du är medveten om att ditt deltagande i studien är frivilligt och att du har rätt att avbryta intervjun när du vill. Jag kommer önska att spela in vårt samtal för att kunna vara mer närvarande i rummet med dig, samt att i efterhand kunna hantera det du berättat på ett korrekt vis utan missförstånd. Det som framkommer i intervjun kommer enbart användas till min kandidatuppsats. När min uppsats är klar kommer materialet från intervjuerna att raderas. Dina uppgifter kommer anonymiseras i den färdiga produkten. Du kommer självklart få möjlighet att ta del av det färdigställda arbetet om du önskar.

Om du har några frågor är du varmt välkommen att kontakta mig! Jag bifogar kontaktuppgifter nedan.

Jag ser fram emot att höra av dig!

Varma hälsningar,

Jonna Dahl

Under handledning av Mikael Sandgren, lektor i socialt arbete vid Lunds universitet.