

# Hur leker olika barn bäst om sjuksköterskor och biståndsbedömare i kommunal vård- och omsorg

Eric Carlström och Muhammad Ullah

Denna artikel baserad på en magisteruppsats grundar sig på en analys som genomförts i tre kommuner av hur sjuksköterskor och biståndsbedömare samverkar. I resultatet redovisas hur lagstiftningarnas olikheter, och yrkeskategoriernas särarter har ett negativt inflytande på sjuksköterskors och biståndsbedömares samverkan. Grupperna har svårt att förstå varandras sätt att uttrycka sig, varandras metoder i arbetet och varandras professionella mål. De konkurrerar också om inflytandet på ledningen. I två av kommunerna är den ena yrkeskategorin villig till viss samverkan under det att den andra är obenägen att samverka. I den tredje kommunen kan ses en mer symmetrisk relation mellan yrkeskategorierna. Dessa fenomen kan spåras till organisationernas konstruktion och ledningarnas agerande. De två första kommunerna har en relativt sämre samverkan än den sist omnämnda. Denna sista kommunens ledning har reglerat yrkeskategoriernas förhållande till arbetsgrupperna på ett sådant sätt att de samverkar kollaborativt utan dominerande inslag av makt och kontroll.

## Inledning

I samband med ädelreformen 1992 fick

landets primärkommuner ansvaret att bedriva hälso- och sjukvård. Förändringen blev genomgripande. Två huvudlagstiftningar kom att reglera verksamheten inom samma förvaltning. Sjuksköterskor fick ny huvudman och fördes över från landstingets primärvård till primärkommunens vård- och omsorg. Verksamheten kom att domineras av biståndsbedömare och sjuksköterskor utbildade utifrån respektive lagstiftning och sprungna ur olika vårdtraditioner. Dessa skulle från och med nu samverka runt klienten under en gemensam huvudman.

Kommunal vård hade fram till 1992 varit inriktad på att ge socialtjänst. Personal anställd inom socialförvaltningar hade fram till detta datum inte utfört sjukvårdande uppgifter. Socialchefer och politiska nämnder kom efter reformen att få ett verksamhetsansvar för hälso- och sjukvård. Denna verksamhet påverkade socialtjänstens ärendehantering. Personal fick dubbla roller och besluts, delegations och avgiftssystemen krävde uppdateringar. Samtidigt möttes två olika kulturer, vårdideologier, synsätt och språk i samma organisation.

## Studiens syfte

Syftet har varit att kartlägga hur olika faktorer påverkar samverkan mellan sjuksköterskor och biståndsbedömare i primärkommuner.

Till detta syfte har följande frågeställning utformats:

- Hur påverkar *lagstiftning, yrkeskategoriers särart, organisationen och informella faktorer* samverkan mellan sjuksköterskor och biståndsbedömare i kommunal vård- och omsorg?

## Centrala begrepp

### *Lagstiftning*

Socialtjänstlagen (SoL) i kombination med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skulle efter ädelreformens genomförande ligga till grund för arbetet med vårdtagaren. Den skiljelinje som dragits upp i tillämpningen av lagstiftningarna mellan olika huvudmän skulle nu överföras till verksamheten inom samma organisation. Myndigheter som traditionellt utövat tillsyn (socialstyrelse och länsstyrelse) gentemot olika huvudmän skulle nu mötas i tillsynen av en kommunal vård- och omsorg. Uppgifter som tidigare varit självklara hälso- och sjukvårdsuppgifter eller tillika självklar socialtjänst skulle nu prövas utifrån båda lagstiftningarna.

HSL:s och SoL:s intentioner skiljer sig från varandra. De har tillkommit utifrån olika miljöers behov och krav på fördelning av insatser respektive samhällets villighet att ge insatser. Den gemensamma tillämpningen av de två lagarna kan leda till att man inte ser helheten och att insatserna till klienten blir splittrade och otillräckligt samordnade. Risker är uppenbara att vårdpersonal får motstridig information via biståndsbeslut respektive handledning från hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>1</sup>

HSL kan i sin tillämpning beskrivas som en tillåtande, erbjudande lagstiftning som sällan begränsar genom att avslå, avvisa eller ha avskräckande höga avgifter. Begränsningar yttrar sig genom resursbrist vilket

leder till köer på grund av få läkare, sjuksköterskor eller vårdplatser eller för klienten långa avstånd. Sjukvård kan inte överklagas dock finns s.k. patientskadenämnder och patientombudsmän som kan resa en patients ersättningskrav i samband med en felbehandling eller andra missförhållanden.

SoL kan i sin tillämpning beskrivas som en gränssättande, fördelande och byråkratisk lagstiftning som begränsar via beslut och tydlig avvisning eller via avgifter som för den enskilde kan betraktas som avskräckande höga. Insatser kan ofta ges med relativt kort varsel men kanske inte på den nivån och på det sätt som klienten önskar. En orsak till detta är att möjligheten till att överklaga är knuten till beslutet och inte till verkställigheten. Den enskilde har inga formella besvärsmöjligheter vad det gäller utförandet av servicen eftersom beslutet vunnit laga kraft när servicen börjar ges.<sup>2</sup>

### *Yrkeskategorier*

Beskrivningen av SoL i sin tillämpning som formell och gränssättande, respektive HSL som vårdande och gränslös, sätter två yrkeskategorier i fokus. Biståndsbedömare och sjuksköterskor representerar i tradition, utbildning och yrkesutövning var sin lagstiftning i sin tillämpning. En yrkeskategoris särart binder ihop yrkesgruppen i en identifiering mellan kollegor. Yrkeskategorierna kan bli ett för omgivningen slutet sällskap som skyddar sin egen identitet genom att gravera sin särart allt djupare. Detta kan i sin tur yttra sig i en obenägenhet att samverka till följd av en förmodad rädsla att mista sin auktoritet inom ansvarsområden där fälten överlappar varandra.<sup>3</sup>

Ädelreformen kan ha rubbat de organisatoriska stigar som var väl inövade sedan tidigare i form av rutiner, kommunikationsvägar och inbördes beslutsordningar. Kontakterna

mellan hemtjänst och hemsjukvård hade tidigare skett över en huvudmannaskapsgräns där olikheter i ideologi och problemhantering kunde kuperas med hjälp av formell beslutshandling i form av att ärenden behandlades tjänstevägen. Med styrkan av den egna huvudmannen i ryggen, behövde aldrig ett processinriktat synsätt finnas där målsättningen var att vårdtagarens väg mellan huvudmännen skulle bli så smidigt som möjlig. Tryggheten i den egna organisationen kunde bygga en legitimitet hos det egna synsättet och problemhanteringen i jämförelse med annan verksamhets hantering.

Effekten av dessa yrkeskategoriers interagerande efter ädelreformen kan belysas med en utvärdering av nattpatrullers arbete där det framkom kritik mot otydlig och bristfällig ledning i form av dubbelt ledarskap. Vårdbiträden fick information av sjuksköterskor samtidigt som enhetschefer (biståndsbedömare) tog beslut om omvårdande insatser.<sup>4</sup>

### *Klient*

Det florerar flera olika uttryck för klient i kommunal vård och omsorg ex. vårdtagare, klient, brukare, kund, patient, pensionär, boende och omsorgstagare. Dessa uttryck understryker att klienten har olika roller i förhållande till t.ex. lagstiftningar.

Klientens roll i förhållande till hälso- och sjukvård kan belysas med hur situationen var på landstingens sjukhem innan ädelreformen. En sådan vistelse innebar att en fast dygnsavgift täckte alla behov från att kläder tillhandahölls till att mat serverades och städning utfördes. Utöver detta fick man också del av sjukvård, omvårdnad, kostnader för läkemedel, hjälpmedel och material. Den som förbrukade mindre vård, läkemedel eller annan service betalade samma dygnsavgift som i gengäld var relativt låg. Endast

i undantagsfall nedsattes avgiften vilket var fallet med personer med extremt små inkomster. I jämförelse med boende på kommunala servicehus kunde avgiften betraktas som orimligt väl subventionerad. All service täcktes in i hälso- och sjukvård och vi ser systemet leva vidare i samband med sjukhusvистер.

Efter ädelreformen kom klienten på samma sjukhem att få sina personliga behov bedömda. Enligt socialtjänstlagens 6:e paragraf avgjorde biståndsbedömare om individen var i stånd att laga mat på egen hand, städa själv, klä sig, eller duscha sig. Den personliga förmågan och den hjälp som kunde ombesörjas på "annat sätt" ex. via anhöriga bidrog till beslutet. Biståndet fastställdes, avgifterna för hjälpinsatserna i form av mat, husrum, städning och personlig omvårdnad adderades. Avgifterna kom att variera med klientens inkomst som utgjorde en fastställd summa som klienten skulle ha kvar av sina inkomster efter att hemtjänstavgift och hyra var betalad. Brukarrollen kom att präglas av regler och tilltagande restriktivitet.<sup>5</sup>

Sedan reformen har vi kunnat se att patientrollen dominerar allt mer i den kommunala vård- och omsorgen. De särskilda boendena får alltmer karaktären av vårdinrättningar, där människor med omfattande medicinska och omvårdnadsmissiga behov vistas, samtidigt minskar brukarrollen i kommunal vård- och omsorg.<sup>6</sup>

### **Metod**

Uppfattningar om hur en organisation fungerar och är konstruerad kan variera med de aktörer som tillfrågas. En vetenskaplig observation av en organisation kräver analytiska modeller för bedömning av den data som insamlas. Vi har valt en kvalitativ metod i syfte att identifiera samverkan mellan sjuk-



sköterskor och biståndsbedömare i kommunal vård och omsorg.

Fokusgrupper är en teknik som använder gruppinteraktioner för att samla specifika data. Tekniken innebär att en gruppintervju genomförs där intervjurespondenterna uppmuntras att tala till varandra, ställa varandra frågor, utbyta anekdoter eller kommentera varandras erfarenheter och uppfattningar. Fokusgruppen kan speciellt belysa de svarandes attityder, språk och begrepps värld. De kan identifiera gruppnormer och värderingar. Formen för intervjun uppmuntrar deltagarna att yttra sig om ämnen som är tabubelagda och ger goda förutsättningar för att uttrycka kritik. En grupp av kollegor kan bilda en dynamisk enhet som gemensamt i samtalet graveras djupare i sin professionella roll än vid enskilda samtal. Gruppmedlemmarna kan ikläda sig rollen av medforskare snarare än medrespondenter när gruppdynamiken fungerar väl.

Totalt har 8-16 personer intervjuats fördelat på två kollegiala fokusgrupper per kommun. Medlemmarna i dessa grupper har valts ut slumpvis. Intervjuerna har genomförts i tre kommuner (X, Y och Z) som driver kommunal hemsjukvård. Valet föll på dessa kommuner på grund av de olika organisatoriska lösningar som kännetecknar respektive kommuns vård- och omsorgsorganisation.

### **Teoretiska utgångspunkter, definition av samverkan**

Samverkan innebär ett medvetet och frivilligt val av minst två personer att göra saker tillsammans. Det betyder att det krävs en jämställd relation. Samverkan avbryts om en person inte känner fortsatt förtroende eller blir kränkt<sup>7</sup>. Motsatsen till samverkan är konkurrens. De vanligaste begreppen är samverkan, samordning och samarbete. <sup>8</sup>

Rogers & Whetten skiljer mellan "work together" (samordning) och "make things together" (samverkan). "Work together" förutsätter att mål och aktiviteter utformas gemensamt, medan "make things together" tillåter ett bibehållande av två parter ursprungliga mål och aktiviteter<sup>9</sup>.

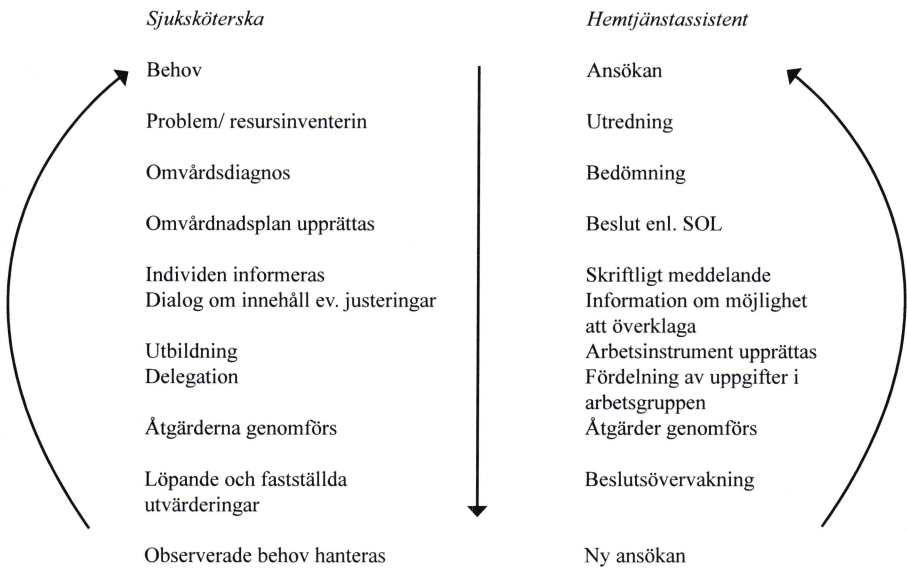
Förutsättningarna för att ett system skall fungera väl är att de olika delsystemen stämmer överens. När två system interagerar och stöder varandra överensstämmer systemen och en förstärkning av strukturen sker. När två system stör varandras struktur råder en bristande överensstämmelse mellan systemen.

Sjuksköterskor i kommunal vård och omsorg upprättar omvårdnadsplaner efter att ha inventerat patientens situation och fastställt en omvårdnadsdiagnos. Biståndsbedömaren öppnar ett ärende efter en ansökan från brukaren och gör en utredning som följs av ett biståndsbeslut med hänvisning till ett moment i socialtjänstlagen. I denna aktivitetskedja kan *samarbete, samordning eller samverkan* ske. Samordning innebär i detta fall att processerna flyter ihop i hanteringen som ett partnerskap där uppgifter fördelas utifrån gemensamma regler och med gemensamma mål. Samarbete innebär att kompetenser och resurser blandas i syfte att lösa individens behov på grundval av gemensamma värderingar som skapats i en process där man successivt format sig efter varandra. Det kan också föreligga en samverkan i aktivitetskedjan där var och en av yrkeskategorierna bibehållit sitt eget ursprungsmål men verkar parallellt gemensamt.

Berggren<sup>10</sup> har skapat ett schema över samarbetsmodeller. Han menar att begreppet integration ofta förekommit vid införandet av program som en form för samverkan och ett sätt att komma ifrån besvärliga gränsdragningsfrågor. Detta leder i sin tur



## Ärendegång i kommunal vård- och omsorg



### Fig.1 Kommentarer till figur

Aktivitetsskedja vid omvårdnad enl. HSL och ärendegång enl. SoL i kommunal vård och omsorg

enligt Berggren till ökade samverkansproblem, missförstånd och konkurrens där en antagonism utvecklades från olika grupper som ville dra upp de gränser som inte tydligtgjorts av programmakarna. Berggren efterlyser i sin skrivning en avgränsning av ansvarsområden, en moderering av samverkansambitionerna och en kultivering av den samverkan som etableras. I samband med detta gör Berggren sin analys av samverkansformer.

Berggrens modell kan tillämpad på yrkeskategorier se ut enligt följande:

A. *Separation* innebär ingen samverkan.

Den utgör i skalan ett 0-stadie av parallell-existens. Separation kan böttna i okunskap i varandras existens eller av olika skäl

vara en aktivt medveten separation. Två verksamheter kan i något avseende komplettera varandra eller ha andra uppenbara skäl att samverka men väljer att antingen inte ta kontakt med varandra, alternativt att den ena parten avvisar kontakter.

B. *Koordination* innebär kommunikation utan fördelning av uppgifter sker. Vinsten med koordination kan vara att undvika störningar och blir till en additiv samverkan. Den ena insatsen läggs på den andra insatsen. Koordination ställer små krav på de samverkande organisationerna, någon ansvarsfördelning behöver inte ske och därför blir rutinbygget enkelt.

C. *Konsultation* innebär att punktinsatser görs genom efterfrågan av specifik kompetens. Någon från den ena går till den andra och bistår i kompetensspecifika frågor. Risken för att konsulten skall överta verksamhet, utöva makt och

lägga under sig territorium är obefintlig eftersom konsultens roll är klart avskild gentemot den konsulterande gruppen och ingen identifiering med vare sig grupp eller konsult behöver ske.

D. *Kollaboration* innebär att varje grupp har sitt eget ansvarsområde men i vissa frågor har man närmare samverkan, det kan handla om ett gemensamt åtagande gentemot tredje part. Det kan också vara en samverkan av tillfällig art, i en bestämd avgränsad arbetsuppgift. I denna samverkan nyttjar båda grupperna ett gemensamt referenssystem mot samma mål. För detta krävs det mötesplatser och dialog där man kan stöta och blöta möjliga scenarier.

E. *Integration* som innebär att man delar på de flesta uppgifterna och verksamheten vävs samman. Vid fullständig integration upplöses tidigare ansvarsområdets gränser och en ny yrkeskategori skapas. Integration är en sammansmältning. Den kräver omfattande organisatoriska och administrativa förändringar.

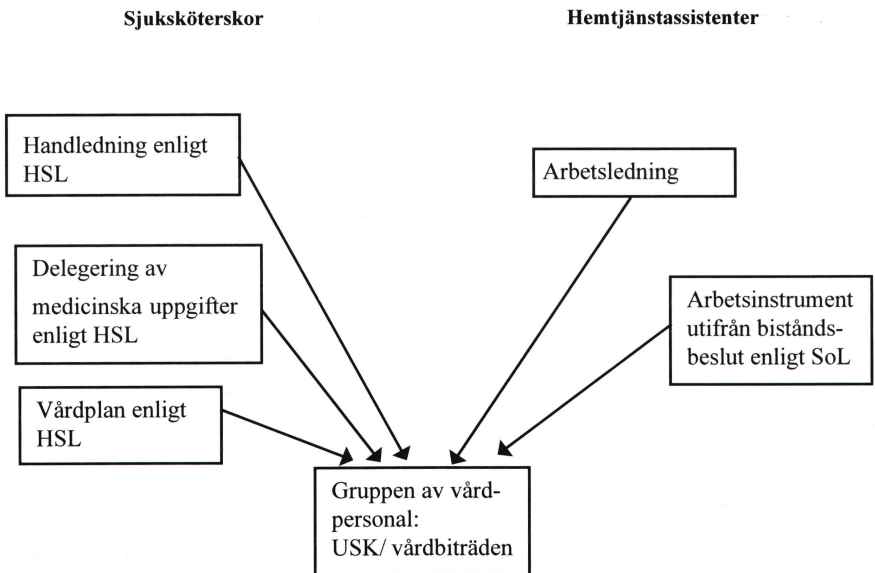
## Resultat

### *Samverkan i kommun X*

I kommun X kan tillämpningen av HSL ses som handlingsorienterad och tillämpningen av SoL som beslutsorienterad. Hälso- och sjukvård framstår som vinnare på bekost-

### Fig. 2. Kommentar till figur

Biståndsbedömarna är arbetsledare för gruppen av vårdpersonal i två av de undersökta kommunerna (Y,Z). I en av kommunerna är varken sjuksköterskor eller biståndsbedömarna arbetsledare (X). Förutom arbetsledning förmedlar och fördelar biståndsbedömarna arbetsuppgifter efter ett arbetsinstrument som upprättas utifrån de bedömningar som gjorts. Sjuksköterskorna delegerar medicinska uppgifter förmedlar arbetsuppgifter efter en upprättad vårdplan och handleder personal. Sjuksköterskorna har tätare informella kontakter under det att biståndsbedömarna har mer planerade möten med gruppen av vårdpersonal.



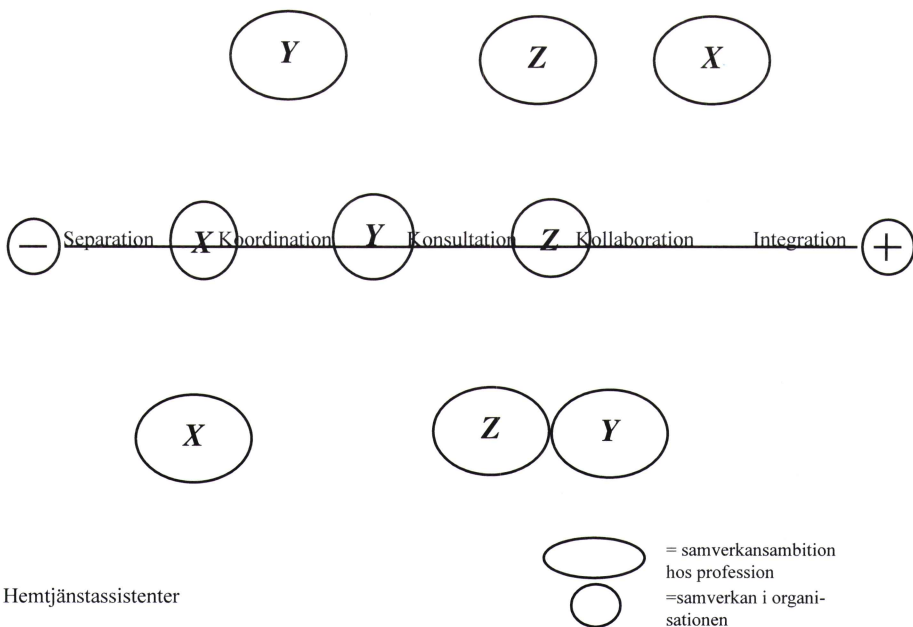
nad av socialtjänst. Sjuksköterskorna är via mobiltelefoner ständigt tillgängliga och har kapacitet att göra kvicka insatser i aktivitetskedjan när behov uppstår. Sjuksköterskorna har också den nära dagliga kontakten med grupperna av vårdpersonal och utövar det starkaste inflytandet. Biståndsbedömarna har i kommun X svårt att förmedla SoL:s intentioner till såväl vårdpersonal som sjuksköterskor.

Sjuksköterskans bristande kunskaper om

spelreglerna i SoL och starka handlingsorientering hotar biståndsbedömaren. Dialog sker men sjuksköterskan riskerar att ändra spelreglerna, gå händelserna i förväg, eller att skapa ett stickspår som SoL inte ger utrymme för. Tillämpningen av SoL är för sjuksköterskan ett hinder för att få till stånd den vård- och omsorg som HSL föreskriver. Biståndsbedömarna är i sjuksköterskans ögon en broms som kan släppas genom integrering. Detta skulle kunna ske genom att

### Samverkan i kommunerna X, Y och Z

Sjuksköterskor



Hemtjänstassistenter

### fig. 3. Kommentarer till figur

Sjuksköterskorna i kommun X vill integreras med biståndsbedömarna för att kunna skaffa sig bättre kontroll över beslut och genomförande av beslut. Biståndsbedömarna i kommun X är separativa till följd av sjuksköterskornas benägenhet att ta över deras uppgifter och betraktar sjuksköterskorna som ett hot. Samverkan i kommun X begränsas av biståndsbedömarna till koordination.

Sjuksköterskorna i kommun Y känner större samhörighet med sjukvårdshuvudmannen än den egna organisa-



tionen men koordinerar för att slippa störningar. Biståndsbedömarna verkar för att sjuksköterskan skall anpassa sitt arbetssätt till SoL med avslag och lugnare aktivitet i aktivitetskedjan. Biståndsbedömarna är integrativa genom att de ser en möjlighet att öva inflytande på sjuksköterskorna genom mer mötesplatser och mötestillfällen. Samverkan i kommun Y präglas av sjuksköterskornas konsultativa roll gentemot socialtjänsten och aktiv koordination för att undvika störningar.

Sjuksköterskorna kan fritt delegera uppgifter till arbetsgrupperna i kommun Z i enlighet med de mål som uttryckts av ledningen och är villiga att ta över en del SoL-uppgifter i syfte att avlasta biståndsbedömarna. Biståndsbedömarna tar initiativ till dagliga träffar med sjuksköterskorna informellt och betraktar sjuksköterskorna som konsulter som bör verka avgränsat gentemot socialtjänsten. Båda grupperna är överens om hur samverkan skall ske gentemot personalgrupperna och i samband med arbetsledning. Samverkan i kommun Z kan beskrivas som konsultation/kollaboration.

sjuksköterskan tar del i biståndsbedömarens bedömningsprocess och att biståndsbedömaren integreras i arbetsgruppen. Biståndsbedömarna är avvaktande till en nära samverkan med sjuksköterskorna i kommun X. De är oroade över att sjuksköterskorna kan komma i åtnjutande av deras yrkesspecifika arbetsuppgifter och att en utjämnning av asymmetrin skulle kunna ske på bekostnad av socialtjänst. I stället för samverkan föredrar dom separation.

#### *Samverkan i kommun Y*

Sjuksköterskorna i kommun Y hindras i sin yrkesutövning för att passa in i biståndsbedömarens mer formaliserade aktivitetskedja. Kommun Y praktiserar ett system med beräkning av personaltimmar som kräver att biståndsbedömaren intervenerar i sjuksköterskans delegeringar av uppgifter till personalgrupperna. Biståndsbedömarna skulle dock önska sig att sjuksköterskorna fick bättre kunskaper om SoL för anpassning till SoL:s intentioner. Sjuksköterskorna känner samhörighet med primärvård och sjukhus och ser biståndsbedömarna och den kommunala organisationen som ett hinder i sitt hälso- och sjukvårdsarbete.

Sjuksköterskan har en konsultroll i kommun Y där hon för att företräda klienten måste vända sig till biståndsbedömaren vid behov av förändringar av arbetsgrupperns

vårdinsatser. Detta innebär i praktiken att biståndsbedömaren och arbetsgruppen tar över uppgiften och sjuksköterskan har en fortsatt konsultativ roll vid behov av ytterligare förändringar. Modellen innebär en tydlig ansvarsmässig rollfördelning med utebliven identifikation mellan grupperna. Konkurrensen mellan grupperna har i organisationen fått tydliga spelregler. Uppgifterna är också separerade mellan yrkeskategorierna vilket ger förutsättningar för idémässig alienation. Samverkan blir därför minimal när uppgifter koordineras framför allt för att undvika störningar och dubbelarbete snarare än ambitionen att utträta något gemensamt. Samarbetet bygger mer på dominans och kontroll än på balans, harmoni och inbördes stöd.

#### *Samverkan i kommun Z.*

Ledningen i kommun Z har uttryckt målsättningen att delegation av hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonalen skall ske så långtgående som möjligt för såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Detta uttryckta mål leder till relativt störningsfri samverkan mellan biståndsbedömaren och sjuksköterskor i arbetet gentemot personalgrupperna. Handledning respektive arbetsledning av personal sköts av såväl biståndsbedömaren som sjuksköterska individuellt eller gemensamt. I denna del av aktivitetskedjan finns det en relation

mellan grupperna som baseras på målet som ledningen uttalat om långtgående delegering. Detta skapar en medvetenhet om spelreglerna och dessa understöds av såväl sjuksköterskor som biståndsbedömare. I detta avseende kollaborerar grupperna i aktivitetskedjan i förtroende som bygger på jämlikhet, balans och harmoni. Samverkan i denna del av aktivitetskedjan i kommun Z har få eller inga inslag av hegemoni där ena eller andra

gruppen söker dominans och kontroll<sup>11</sup>. I detta avseende kan man se att yrkeskategoriernas arbetsmetoder stämmer överens med organisationens uttalade mål<sup>12</sup>.

Båda grupperna är angelägna om att bevara yrkeskategorierna ogravrade i verksamheten. Sjuksköterskorna ser sig som allmer behövda och tycker sig få erkännande för detta. Sjuksköterskorna har inga arbetsledarambitioner under det att biståndsbedöarna

**Fig. 4. Upplevda skillnader mellan lagar och yrkeskategorier**

Lagar	HSL- i sin tillämpning	SOL- i sin tillämpning
	Avgiftsbefriade insatser Informell i sin hantering Inga avslag Obyråkratisk Flexibel Gränslös Hjälpande Vinner utrymme i kommunal vård- och omsorg Får lättare gehör hos omvårdnadspersonal Fokuseras mer i massmedia Små kunskaper hos ledning Oro hos ledningen för felaktig hantering	Avgifter Formell i sin hantering Avslag förekommer Byråkratisk Stelbent Begränsande Servicegivande Tappar inflytande i kommunal vård- och omsorg Tappar inflytande hos omvårdnadspersonal Inte lika fokuserat i massmedia Goda kunskaper hos ledningen Granskas noggrant av ledningen
Yrkeskategori	Sjuksköterskor	Biståndsbedömare
	Ter sig, aktiva, många bollar i luften, flexibla Ostrukturerade Tillgängliga Går utöver sina befogenheter Ej ekonomiskt sinnade Dokumenterar mer Ger vård, säger inte nej Vill ge vård, hjälpa Lojala mot klienten Står nära personalgrupperna Lättnöterat, intressant, tacksamt och glamoröst arbete för personalgrupperna	Ter sig metodiska, sakliga, avslutar uppgifter Strukturerade Svårtillgängliga Arbetar inom givna ramar Ekonomiskt sinnade Dokumenterar mindre Kan avslå, rekommendera överklagning och låter länsrätt prejudicera Vill åstadkomma självständighet Lojala mot organisationen Svåra att nå för personalgrupperna Svårnöterat, tungt och långsiktigt arbete för personalgrupperna

### Kommentarer till figur

Intervjuade beskrivning av skillnader mellan HSL och SoL i sin tillämpning respektive sjuksköterskor och biståndsbedömare.

ser sig som självklara arbetsledare.

## Slutdiskussion

Olikheter till följd av lagstiftning och professionell karaktär är i kommunal vård och omsorg ett hinder med lång historik. SoL och HSL har olika ursprung. SoL syftade i sina tidigaste former (fattigvårdslagstiftningar och tiggeriförordningar) till att hålla borta nöden från socknen och balansera mellan invånarnas vilja att ta ansvar för nödställda och nekande av stöd som upplevdes som ett orimligt belastande av invånarnas resurser. Den andra lagstiftningen har sitt ursprung i ett botande omvårdande perspektiv som syftade att från olika håll allokera mesta möjliga resurser för att så långt det var möjligt erbjuda hälso- och sjukvård. Att förena dessa lagstiftningars karaktärer av gränsdragning respektive gränslöshet skulle kräva en lång mödosam process av lagstiftarna.

De ursprungliga intentioner som skapat dagens lagstiftningar har också varit en grund för yrkeskategoriernas respektive karaktärer. Dessa karaktärer har fram till ädelreformens genomförande i skydd av skilda huvudmän kunnat graveras allt djupare. Såväl biståndsbedömare som sjuksköterskor har idag medellånga högskoleutbildningar och utexamineras ofta från samma högskolor. Trots att dessa båda grupper ofta utbildas på samma högskolor tycks de inte under utbildningen möta varandra i gemensamma moment eller få tillräckligt god kunskap om varandras lagstiftningar och professionella mål och metoder. När de sedan möts i primärkommunal miljö saknas den teamkompetens som kunde ha varit en grund för att verka mot gemensamma mål och enas om gemensamma metoder i aktivitetsskedjan.

Såväl ledning som klient och samhälle förväntar sig dock att grupperna skall kunna

samverka så väl att den enskilde klienten eller verksamhetens kvalitet inte påverkas negativt av gränsdragningskonflikter. Lagstiftare, utbildare och fackliga, professionella intresseorganisationer har möjligheter att ge grupperna rätt förutsättningar för en gynnsam samverkan. Lagstiftaren kan genom att analysera och peka på skillnader i lagstiftningarna lägga en grund för metodutveckling för att lagarna i sin praktiska tillämpning skall kunna harmoniera med varandra. Utbildare kan skapa gemensamma moment mellan grupperna under utbildning och utveckla studenternas teamkompetens eller förmåga att samverka. Fackliga och professionella intresseorganisationer kan genom att lyfta fram olikheterna, peka på svårigheterna och inducera processer som gynnar den professionella utvecklingen. Alla dessa aktiviteter är dock långsiktiga och kan inte ge omedelbara resultat.

I organisationernas struktur hittar vi den enda möjligheten att på kort sikt påverka hur yrkeskategorier samverkar. En ledning kan upprätthålla den administrativa makten genom att ange mål eller metoder som styr spelreglerna i det dagliga arbetet för yrkeskategorier i samverkan. Anges mål som är svävande, övergripande eller antyder att samverkan skall ske gränslöst med gruppernas egna professionella kunskaper i flexibel samverkan så leder detta till gränsdragningskonflikter. I dessa konflikter utvecklas samverkan som kännetecknas av maktsträvan vilket försvagar ledningens inflytande. Genom att ledningar anger spelreglerna för samverkan och anger realistiska nivåer för hur samverkan skall ske kan gynnsamma förutsättningar skapas i organisationen.



## Litteraturförteckning

Axelrod R (1987). "Från konflikt till samverkan". Stockholm: SNS Förlag.

Berggren B (1982). "Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning och konkurrens om makt och ansvar". Spri - rapport 107.

Bång E & Rudenstam N-G (1984). "Betingelser för samverkan". Socialmedicinsk Tidskrift, Årg. 61, 139 - 143.

Danermark B & Kullberg C (1999). "Samverkan - Vårdsstatens nya arbetsform". Lund: Studentlitteratur.

Fridolf M (1996). "Relationen mellan beställare och utförare efter 1,5 år". Projekt 4S - Arbetsrapport. Högskolan i Örebro: Novemus.

Oliver C (1990). "Determinants of Interorganizational Relationship: Integration and Future Directions". Academy of Management Review, 1990, vol. 15, no. 2/241-265.

Roger D.L. & Whetten D.A. (1982). "Interorganizational Coordination: Theory, Research, and Implementation". Ames: Iowa State University Press.

"Äldreuppdragets slutrapport". Socialstyrelsen 2000:4.

### Fotnoter

1 "Äldreuppdragets slutrapport" Socialstyrelsen rapport 2000:4

2 Ibid

3 Danermark B & Kullberg C (1999) "Samverkan- Vårdsstatens nya arbetsform" Lund. Studentlitteratur

4 "Äldreuppdragets slutrapport" Socialstyrelsen rapport 2000:4

5 Ibid

6 Ibid

7 Axelrod R (1987) "Från konflikt till samverkan". Stockholm, SNS Förlag

8 Fridolf M (1996) "En jämförelse mellan

Stenungsund och Finspång kring samarbete, samverkan och samordning" Kommunala förnyelsekommittén SOU 1996:169

9 Rogers D L & Whetten D A (1982) "Interorganizational Coordination: Theory, Research, and Implementation" Ames: Iowa State University Press.

10 Berggren B (1982) "Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning och konkurrens om makt och ansvar" Sprirapport 107

11 Oliver C (1990) "Determinants of Interorganizational Relationships: Integration and Future Directions" Academy of Management Review, 1990, vol. 15 no 2/241-265

12 Bång E, Rudenstam N-G (1984) "Betingelser för samverkan" Socialmedicinsk tidskrift årg.61. 139-143