ISBN 978-91-7729-052-0
TRITA-STH - REPORT - 2016:4
ISSN 1653-3836
ISRN KTH/STH/2016:4-SE

www.kth.se

MARIANNE LAGERSTEDT Mot nätverkssjukvård i komplex miljö

KTH 2016

DOKTORSAVHANDLING INOM TEKNIK OCH HÄLSA
STOCKHOLM 2016

Mot nätverkssjukvård i komplex miljö

- behov av en utvecklad vetenskaplig syn på ledning för säker vård och effektiv resursanvändning

MARIANNE LAGERSTEDT

KTH
SKOLAN FÖR TEKNIK OCH HÄLSA

Mot nätverkssjukvård i komplex miljö

– behov av en utvecklad vetenskaplig syn på ledning för säker vård och effektiv resursanvändning.

MARIANNE LAGERSTEDT

Doctoral Thesis in Technology and Health
Stockholm, Sweden 2016

TRITA-STH Report 2016:4
ISSN 1653-3836
ISRN/KTH/STH/2016:4-SE
ISBN 978-91-7729-052-0

© Marianne Lagerstedt, oktober 2016

Tryck: Universitetsservice US-AB

Förord

I avhandlingsarbetet har ett vetenskapligt kunskapsmaterial utvecklats utifrån ett mindre vanligt utgångsläge: praktiska strävanden och berättelser om villkor i den konkreta vårdpraktikens[1] frontlinje – i praktikernas möjliggörande och realiserande av en så patientsäker avancerad vård i hemmet som möjligt. Detta givet de initiala omständigheter och ramvillkor som förelåg i forskningsstudiens inledande skede 2008, och därefter med hänsyn till en fundamental förändring som kom 2012. Detta blev extremt mycket svårare och kämpigare i forskningsprocessen på såväl gott som ont, och i en betydligt vidare bemärkelse än vad jag någonsin kunnat föreställa mig. Samtidigt som detta visat sig mycket utmanande, värdefullt och främst lärorikt. All nödvändig kunskap och de friktioner en forskare kan möta, går inte att förutsäga och akademiskt läsa sig till – *men* denna slitsamt förvärvade förtrogenhetskunskap bär jag nu för alltid med mig. Kunskap är aldrig tung att bära. Ett särskilt tack riktas därför till Er som på olika sätt medvetet eller omedvetet bidragit till ett oväntat stort lärande för mig i vid bemärkelse under forskningsprocessens gång - inget nämnt och inget glömt!

Genom forskningens utgångspunkt från vårdpraktikers erfarenheter är jag särskilt tacksam att ledning och tillfrågad personal, haft möjlighet att medverka. Detta har möjliggjort nya data – trots att en betydande organisatorisk omställning kom in i bilden från 2012. Jag vill därför betona att avhandlingsarbetets fokus är framträdande praktiskt försvårande omständigheter för säker vård, under den transformation som aktuell verksamhet blev en del av i samspel med många andra aktörer. Detta i pragmatiskt syfte, som begripliggjort inriktningens betydelse och innebörd utifrån ett ledningsvetenskapligt perspektiv. Fokus ligger därigenom inte på en enskild verksamhet – utan på sjukvårdsproduktion i förändring med ”lednings-glasögon”. Därför varken kan eller ska doktorsavhandlingen eller det empiriska underlaget uppfattas som utvärdering av enskild verksamhet. Därigenom har jag ”prövat” det ledningsvetenskapliga perspektivets innebörd och betydelse, samt militära ledningsteoriers relevans, men i ett nytt kontextuellt sammanhang än dess hemvist och ursprung. Avhandlingen ger en kontrasterande bild och utmanar förhärskande och konventionella synsätt på ledningsfrågor för säker resurseffektiv vård, det vill säga rådande fokus på verksamhetsledning och olika styrprinciper – ofta hämtat från ”tillverkningsindustri” och företagsekonomisk teoribildning.

Varmt tack till handledare och andra viktiga resurspersoner såväl inom som utom en akademisk värld, som bidragit i olika skeden på avgörande sätt under en i vid bemärkelse minst sagt oväntat intressant och lärorik forskningsutbildningsprocess:

Huvudhandledare *Björn-Erik Erlandsson*, för *imponerande uthållighet, stöd och tvärvetenskaplig vidsynthet* med värdefull förmåga att i kritiska ögonblick sakligt och kärnfullt sätta ord på viktiga saker i vid bemärkelse rörande såväl forskning som livet. Ditt stöd fick mig komma vidare då det var kämpigt. Min övertygelse har stärkts om nödvändigheten av metodutveckling och mer praktiknära ansatser, vilket fått mig tro på tvärvetenskapliga forsknings-

[1] Med ”vårdpraktik” avser jag frontlinjepersonalens praktiska ”verklighet”, med avseende på den konkreta realtidsdimensionen i utförandet av ett praktiskt vårdarbete - inbegripet ett strävande mot en så god och säker vård som möjligt - för patienters räkning.

projekt som nödvändiga och praktiskt möjliga i tekniska forskningsmiljöer. *Du har lärt mig otroligt mycket. Tack för att Du funnits där*, och för att Du även sett och velat stödja en samhällsrelevant forskningsfråga – det är ovärderligt och gav motivation till innovativt tänkande!

Bihandledare Niklas Hallberg, för tålmodighet, öppenhet och snabb respons med konstruktiva och vägledande synpunkter. *Tack för att Du ställde upp efter Berndts bortgång och för att Du tidigt uppmärksammade mig på ett liv efter avhandlingen*, men att inte lämna något åt slumpen och för påminnelsen att vara stolt över det man gjort och att det ska vara roligt att slutföra en avhandling – det gav kraft, motivation och uthållighet!

Ett varmt postumt tack till professor emeritus Berndt Brehmer, min bihandledare i licentiatavhandlingen i ledningsvetenskap vid FHS. Är så tacksam för ledningsfilosofiska samtal, och vägledning i ett nytt perspektiv i takt med tiden. Minns pedagogiska ledningssamtal, galjhumor, klokskap, *ämnesstöd och uppmuntran i vid bemärkelse* i att förstå designlogik och uppmärksamma ledningsproblem i pragmatiskt syfte. Ledningsproblematiken är universiell, och Dina teorier tåls att prövas och kan utvecklas i nya sammanhang - *Hoc Coactus Sum*!

Till några särskilt betydelsefulla personer, som varit helt avgörande för mig – främst *Monica Hane för allt Ditt stöd genom åren, men också Anders S Christensson och Anders Tevely - Ni tog Berndts plats som bollplank, varmt tack!* Britt Östlund, tack även för Ditt bidrag och avgörande stöd! Men också Harri Jalonen, Christina Brage, Lotta Wedin, Lotta Thisell, Lisa Schmidt, Roland Westbergh och inte minst Britt-Mari Ingvarsdotter – tack! Ett tack också till FHS och professor Martin Holmberg, för det seminarium ni ordnade för mig. Peter Stenmark och Maria Persson – tack Peter för all Din IT-support genom åren, ofta akut vid åska - och för allt Ert stöd!

Till min familj*: Johan, Du har ofta varit en förebild för mig i nästan 29 år. Din uppmuntran och Ditt synsätt fick mig alltid att framhärda i avhandlingsarbetet, och att aldrig ge upp - tack!* Tilliten till Dig och Ditt perspektiv avgjorde *alltid* våra vägval och beslut. *Fabian, Din klokhet och enorma förmåga till analys imponerar stort* - varmt tack vännen för all Din hjälp och stöd med allt och i synnerhet i slutförandet! Linda, Dina reflexioner och tips i avhandlingsarbetet 2013 visade sig så värdefulla att de även fick betydelse 2016: tack! *Johan, Fabian och Linda: jag ser fram mot när vi kan ta igen det som inte kunde bli av*!

Avhandlingen tillägnas Dig mamma, eftersom Du hade klarat skriva en själv - men Din livsväg ville annat. *Akademin gick miste om en stor talang*, och Ditt stöd till mig blev helt avgörande - varmt tack! Avhandlingen är ett viktigt minne av Din syster Ingegärd, och min före detta bihandledare, ledningsfilosof och vän Berndt. Er outtröttliga uppmuntran och påminnelse om vårdens alla ”svartepettrar”, och dagens förändrade ledningsbehov drev mig i mål!

Vreta Kloster i oktober 2016

Marianne Lagerstedt

Sammanfattning

2012 genomgick all ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) - verksamhet i ett svenskt större landsting en transformation mot nytt effektmål. Detta för att bli en del av nätverkssjukvård (NVS). NVS är ett framväxande sjukvårdskoncept, som med välfungerande samverkan ska möjliggöra att resurseffektiv patientunikt utformad avancerad sjukvård produceras och levereras: ofta i hemmet och på Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå (LEON-principen). Med nätverkseffekt som resurseffektiviserande slutläge, ska patienter, närstående och landsting som helhet gagnas av konceptet. Jämfört med tidigare år betyder NVS en utökad förekomst av intermediär multiorganisatorisk sjukvård (IMV), vilket från 2013 berör allt flera patienter i olika åldersgrupper med flera nya diagnoser och sjukdomstillstånd. IMV har samtidigt visat sig praktiskt svårt att genomföra på ett resurseffektivt patientsäkert sätt. Ur ledningsvetenskaplig synvinkel handlar problematiken om att patientsäkerhetsrelaterade ledningsbehov uppstår, eftersom mindre kända ledningsproblem aktualiseras genom de ofrånkomligt utökade inriktnings- och samverkansbehov som IMV medför. Det säkerhetsrelaterade ledningsbehovet betyder att ett nytt sätt att se på ledningsfrågor och nödvändigt ledningsstöd krävs inom hälso- och sjukvården, för att säker resurseffektiv NVS ska kunna uppnås genom välfungerande samverkan - med nätverkseffekt.

Avhandlingens målsättning är att bidra till utveckling av ledning och ledningsmodeller, som motsvarar behov som finns och krav som ställs på produktion av patientsäker resurseffektiv NVS i samverkan mellan en rik variation av valbara aktörer i konkurrens med varandra.

Avhandlingen utgörs av tre delstudier som geomförts i två tidsmässigt olika faser mellan 2008 och 2013, där ett kvalitativt kunskapsmaterial utvecklats utfrån främst styrdokument, djupgående intervjuer, interaktiva forskningsfältkontakter och patientjournalhandlingar.

Forskningsfrågorna uppmärksammar: (1) vad som påtagbart kan försvåra eller möjliggöra en säker resurseffektiv IMV inom ramen för NVS, (2) vilka säkerhetsrelaterade ledningsbehov som uppstår och (3) Vad olika teoretiska synsätt på ledning, ledningskoncept och ledningsmetodik hämtade från ledningsvetenskap kan betyda för och tillföra ett NVS-koncept.

Med en fallstudiebaserad forskningsansats med interaktiva inslag, har olika kvalitativa metoder använts i såväl första som andra fasen. Första fasen präglas av interaktivitet med ett fenomenologiskt förhållningssätt, medan andra fasen har ett mer kritiskt hermeneutiskt förhållningssätt. Metodarsenalen innefattar fältstudiebesök med informella samtal, djupgående intervjuer, respondentvalidering och två olika textanalysmetodiker.

Det viktigaste resultatet från genomförda delstudier, är att vårdpraktikens praktiskt försvårande omständigheter för säker vård utgörs av mindre kända och från 2013 sannolikt tilltagande ledningsproblem. Problematiken avser utökad avancerad IMV i hemmet inom ramen för ett NVS-koncept, i kombination med ett otillräckligt och olämpligt ledningsstöd för att möjliggöra nätverkseffekt. Detta givet förekomst av patientuppdrag och avgränsade sjukvårdsinsatser med delat, föränderligt eller oklart ansvar och/eller dynamiska beslutsuppgifter. Samtidigt som brist på en funktion för ledning, organisering och logistik kan försvåra resursallokering, och därigenom försvårande på resursutnyttjandet vid ett NVS-koncept.

Avhandlingens slutsats är att NVS utgör ett ledningsmässigt resurskrävande sjukvårdkoncept, som kräver ny syn på ledning och nätverksrelaterad lednings- och samverkansmetodik. Detta för att främja att etisk, jämlik, säker och värdig avancerad IMV med ett optimerat resursutnyttjande kan uppnås, genom delat ansvar och samverkan i patientunika nätverkskonstellationer som vårdpraktikens givna arbetsform.

Summary

From 2012 advanced home healthcare agencies (ASiH) in a larger swedish county council underwent a transformation towards new impact goals, to become part of a coming network health care (NVS). NVS is a health care concept in which well-functioning cooperation will enable production of a resource-efficient and patientuniquely designed advanced medical care, at the lowest effective level (LEON - principle) - often in the home. This with network-effect as the desired resource-efficient endstate, which will benefit patients, families and the county council as a whole. Compared to previous state NVS means an expanded presence of intermediate multi-organizational healthcare (IMV), which from 2013 affects an increasing number of patients in different age groups with a number of new diagnoses and medical conditions. At the same time IMV has proved to be not simply practical to implement in a resource-efficient and patientsafe way. Based on theories from Command and Control Science the safetyproblem that arise in connection with IMV is a sign of the less known increasing needs of direction and coordination that IMV requires. This safety problem implies that a completely different way of looking at management issues and necessary practical support for the same is needed, in order to ensure that a resource-efficient NVS can to be run through well-functioning coordination towards networkeffect as final endstate.

The objective of the doctoral thesis is to contribute to the development of management issues and models, that correspond to needs and the demands placed on the production of a patientsafe resource efficient NVS in coordination between a rich variety of elective actors in competition with each other.

The thesis builds upon three scientific studies from two phases between 2008 and 2013, where a qualitative knowledge materials is developed mainly from policy documents, in-depth interviews, interactive research field contacts and medical healthcare records.

The research questions attention: (1) what may hinder or enable safe resource-efficient IMV within the scope of NVS, (2) the needs of direction and coordination, and (3) Concerning the question of management, management concepts and management techniques: what different theoretical approaches and views drawn from the command and control science field can mean for and supply the NVS concept.

With a casestudy based research approach with interactive elements qualitative methods has been used in two different phases. The first phase is characterized by more interactivity with a phenomenological approach, while the second phase has a more critical hermeneutic approach. Research methods includes fieldvisits with informal discussions, in-depth interviews, validation with respondents and two different methodologies for textanalysis.

The main result of completed studies shows that practical aggravating circumstances for safe care, consists of lesser known and from 2013 increasing problems with the direction and coordination need. The problem relates to expanded advanced IMV in the home under a NVS-concept, combined with an inadequate and inappropriate support to enable network effect. This, given the presence of patient missions and more defined efforts of care within NVS, with shared, changeable or unclear responsibility and/or dynamic decision tasks. The lack of a

function of: command and control, organization and logistics, may obstruct the observed need of resource allocation and thus have a negative impact on resource utilization in connection with a NVS concept.

The thesis concludes that the NVS represents a resource intensive health care concept, which requires a new view on the management issue and a network-related methodology for direction and coordination. This is to promote ethical, equitable, patientsafe and dignified advanced IMV so an optimized use of resources can be implemented, through shared responsibility and coordination in patientuniquely designed networkconstellations as a given work model.

Till Berndt Brehmer

(1940 - 2014)

Brist på ”spikar” i vården?

I brist på en spik gick hästskon förlorad.
I brist på en hästsko gick hästen förlorad.
I brist på en häst gick ryttaren förlorad.
I brist på en ryttare gick slaget förlorat.
I brist på ett slag gick kungariket förlorat.
Allt på grund av brist på en spik.
Georg Herbert, 1651 (Dahlberg och Kjær, 2005, s. 9).

Invecklade *samband* av till synes små händelser och omständigheter har historiskt visat sig vara svåra att såväl uppmärksamma som överblicka när skeendet pågår. Denna avhandling avser synliggöra att även hälso- och sjukvården lider brist på sin egna ”spikar” när allt mer avancerad sjukvård i hemmet planeras för allt fler patienter genom nyttjandet av ny teknik med nätverksbaserade lösningar med många involverade aktörer i komplexa vårdformer för varje patients unika räkning - vilket kan innebära att en utveckling fortplantar sig på ett till synes oväntat sätt:

I brist på kunskap om effektiv ledning och ledningssystemutveckling för säker nätverkssjukvård så går ändamålsenlig informations- och kommunikationsteknologi i vårdpraktiken förlorat.
I brist på ändamålsenlig informations- och kommunikationsteknologi för nätverkssjukvård så går samband och kommunikation i vårdpraktiken förlorat.
I brist på samband och kommunikation i vårdpraktiken så går en patientsäker intermediär multiorganisatorisk vård i hemmet med nätverksbaserade lösningar förlorat.
I brist på en patientsäker intermediär multiorganisatorisk vård i hemmet, går visionen om resurseffektiv och värdig vård- och omsorgsproduktion och nätverkseffekt förlorat.
Allt på grund av brist på kunskap om effektiv ledning och ledningssystemutveckling och ledningsmetodik för säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk vård- och omsorgsproduktion i patientunika komplexa nätverksformer...

Modifierat och utvecklat 2016 (Lagerstedt, 2012, s.7)

Innehållsförteckning

Förord 1

Sammanfattning 3

Summary 5

1. Introduktion 17

1.1 Ledningsbehov i förändring för hälso- och sjukvården 17

1.2 Vårdkontextuell bakgrund 19

1.3 Forskningsproblemet 26

1.4 Syfte och forskningsfrågor 28

1.5 Disposition och innehåll 28

2. Forskningsmetodik och vetenskapligt förhållningssätt 33

2.1 Vårdpraktiskt utgångsläge 33

2.2 Förtrogenhet och personligt perspektiv 34

2.3 Forskningens kunskapsutveckling 36

2.3.1 Närhet och distans 36

2.3.2 Återkoppling till vårdpraktiken 37

2.3.3 Explorativ litteraturstudie – pragmatisk vägvisare 40

2.3.4 Triangulering 43

2.3.5 Val av referensram och ledningsvetenskapligt perspektiv 44

2.3.6 Forskningsstudiens tyngdpunkt 45

2.4 Fallstudiebaserad metodik som en forskningsstrategi 49

2.4.1 Fallstudiebaserad forskning 49

2.4.2 Val av fall i forskningsstudien 50

2.4.3 Vårdform och vårdkoncept som analysenhet 50

2.4.4 Avgränsning 50

2.5 Design och genomförande av forskningsstudien 51

3. Ledningsvetenskaplig referensram 57

3.1 Ledningsvetenskapens framväxt, innebörd och utvecklingstendens 57

3.1.1 Ledningsvetenskap – betraktat som en designvetenskap 58

3.2 Ledningsvetenskapligt kunskapsbehov 60

3.2.1 Ledningsfrågan och teknisk utveckling 60

3.2.2 Ledningsmässiga utmaningar i komplexa sammanhang – bakgrunden 61

3.3 Ledning och synsätt på ledning 63

3.3.1 Grundsyn på ledningsfrågor samt ledningsnivåer 63

3.3.2 Ledningskoncept och ledningsmetoder 65

3.3.2.1 Ledningskoncept – betraktat som en fråga om tyngdpunkt 67

3.3.2.2 Olika slags ledningskoncept – kontrasterande exempel och alternativa synsätt 67

3.4 Leda, ledning och ledarskap – distinktionsbehov vid IKT-utveckling 77

3.5 Effektiv ledning och ledningssystem 79

3.5.1 Det designlogiska synsättet 79

3.5.1.1 Det yttre systemet, det inre systemet, gränssnittet och möjlighetsrummet 81

3.5.2 Den dynamiska OODA-loopen (DOODA) 83

3.5.3 Uppdragens karaktärsdrag 87

3.6 Ett lednings- och samverkanssystem gestaltar sig 89

4. ASiH – ett empiriskt exempel i förändring 2008 – 2013 *93*

4.1 ASiHs bakgrund, inriktning och pågående förändring **93**

4.2 ASiHs inriktning och utformning 2008 **95**
4.2.1 Avtalet med beställaren 2008 95
4.2.1.1 Uppdragsbeskrivningen 95
4.2.1.2 Målgruppsbedömning och ASiHs praktiska åtagande 96
4.2.1.3 Samverkan, helhetsupplevelse, samordnad vårdplanering och IT-relaterade stödfunktioner 97
4.2.1.4 Prestationsvillkor, uppföljning och ekonomiska justeringar utifrån prestation 98
4.2.2 ASiHs utformning – en fråga om målgrupp 1 och målgrupp 2 99

5. Delstudie 1: Patientsäkerhetens innebörd och villkor? *101*

5.1 Syfte och frågeställning **101**

5.2 Metod **101**
5.2.1 Metodval och forskningsansats 101
5.2.2 Urval och genomförande 102
5.2.3 Fältbesök och intervjuer 103
5.2.4 Bearbetning av empiri samt analysprocedur 103
5.2.5 Resultatredovisning 104

5.3 Resultat **105**
5.3.1 Den fragmenterade patienten – att vårda en del av den sjuke 105
5.3.2 Många kockar i soppan – en komplicerad arbetssituation 109
5.3.3 Från inneliggande i slutenvård till slutenvård i hemmet 113
5.3.4 Patientsäkerhetsproblematikens ”essens” – dess dynamik och villkor 118

6. Delstudie 2: Vem kan vårdas i hemmet? *121*

6.1 Syfte och frågeställningar **121**

6.2 Metod **121**
6.2.1 Metodval och forskningsansats 121
6.2.2 Urval och genomförande 122
6.2.3 Bearbetning av empiri samt analysprocedur 122
6.2.4 Resultatredovisning 124

6.3 Resultat **125**
6.3.1 Tacksam för ett övertagande 125
6.3.2 Den saknade vårdplatsen 129
6.3.3 Den förlängda sjukhuskorridoren 133
6.3.4 Patientsäkerhetsrelaterade mönster i remisserna 137

7. Vårdpraktikens säkerhetsrelaterade problemområden 2008 *139*

7.1 Empiriska studier **139**
7.1.1 Intervjuerna 139
7.1.2 Remisserna 140

7.2 Summering och möjliga ledningsrelaterade svårigheter 2008 **141**
7.2.1 Patientsäkerhetsproblem och/eller ledningsproblem? 144

8. Vårdformen ASiH – en ledningsvetenskaplig betraktelse 2008 *147*

8.1 Genomförande och gestaltning **147**

8.2 Vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem – en fråga om ledningsbehov? **148**
8.2.1 Vårdformen ASiHs innebörd 148
8.2.1.1 Effektivare ledning för patientsäkrare vård 148
8.2.2 Uppdrag och insatser i samband med vårdformen ASiH 153
8.2.2.1 Vårdformen ASiHs dimmor, friktioner och ledningssvårigheter? 153
8.2.2.2 Komplicerade operationer – exempel 158
8.2.2.3 Komplexa operationer – exempel 164
8.2.2.4 Uppdragsbeskrivningarna – exempel på ledningssvårigheter 169

8.2.3 Operativt och taktiskt ledningsbehov som en följd av vårdformen ASiH 173
8.2.3.1 Ledning av patienthanteringen vid vårdformsskiften 174
8.2.3.2 Ledning av olika patienters vård genom vårdformen ASIH 178

8.3 Summering av vårdformen ASiHs ledningsfråga 2008 182
8.3.1 Ledningsproblematiskt utgångsläge 182
8.3.2 Ledningsmässigt önskat slutläge 186
8.3.3 Ledningsfunktionens villkor med möjlig design 187

9. Delstudie 3: ASiH, nätverksjukvården och ledningsfrågan 2013 189

9.1 Syfte och frågeställningar 189

9.2 Metod 190
9.2.1 Metodval och forskningsansats 191
9.2.1.1 Intervjustudien 192
9.2.1.2 Nytillkomna styrdokument och ramvillkor 192
9.2.1.3 Journalhandlingar 192
9.2.2 Urval och genomförande 193
9.2.2.1 Intervjustudien 193
9.2.2.2 Nytillkomna styrdokument och ramvillkor 194
9.2.2.3 Journalhandlingar 195
9.2.3 Bearbetning av data och empiri samt analysprocedur 195
9.2.3.1 Intervjustudien 196
9.2.3.2 Nytillkomna styrdokument och ramvillkor 197
9.2.3.3 Journalhandlingar 197
9.2.4 Resultatredovisning 198

9.3 Resultat 199
9.3.1 ASiHs förändring och transformation mot nytt uppdrag 199
9.3.1.1 Samverkansfrågan - en ledningsfråga? 205
9.3.1.2 Nätverkssjukvård - vad innebär det? 209
9.3.2 Avtalet med beställaren 2013- 214
9.3.2.1 Vårdval ASiH enligt LOV 214
9.3.2.2 Uppdragsbeskrivningen 215
9.3.2.3 Målgruppsbedömning och ASiHs praktiska åtagande 217
9.3.2.4 Patientuppdragen 221
9.3.3 Den vårdpraktiska säkerhetsproblematiken - är den ännu relevant? 226
9.3.3.1 Problembildens karaktär 2008 - en patientsäkerhets- och arbetsmiljöfråga 226
9.3.3.2 Problembildens utvecklingstendens 2013- 227
9.3.4 Det som praktiskt försvårar för säker vård i samverkan 235
9.3.4.1 Patienters unikum 236
9.3.4.2 Praktiskt försvårande omständigheter 238
9.3.5 Summering av troliga ledningsrelaterade svårigheter 2013 243

10. Diskussion och slutsatser 249

10.1 Avhandlingens kunskapsbidrag 249
10.1.1 Ledningsproblematiskt utgångsläge för NVS 250
10.1.2 Ledningsmässigt önskat slutläge för NVS 254
10.1.3 Det inre systemets krav och villkor 255
10.1.3.1 Ledningsbehov och krav på ledningssystem för NVS 256
10.1.4 Designlogiska ledningsobservationer - utfall 262

10.2 Slutsats 264

10.3 Alternativa perspektiv 265

10.4 Metodmässigt genomförande - begränsningar och generaliserbarhet 266

10.5 Framtida forskning 269

Referenser 271

Figurförteckning

Figur 1 *Översikt av forskningsmetoder, (egen figur).* *31*

Figur 2 *Information management cycle. Efter: Choo (1999, s. 24)*..... *42*

Figur 3 *Idealtypiska kunskapsteoretiska tyngdpunktsval. Efter Wigblad och Jonsson (2008, s.315, figur 1) Figur återgiven med tillstånd av författare.*..... *46*

Figur 4 *Avhandlingens kunskapsmaterial från två tidsmässigt olika studiefaser - en översikt (egen figur).* *53*

Figur 5 *Ledningsnivåer, efter (Försvarsmakten, 2002, s. 73).* *65*

Figur 6 *Synsätt på ledning och olika ledningskoncept - idealtypiska kontraster, (egen figur)*..... *69*

Figur 7 *C2 Approaches and the C2 Approach Space. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.66). Figur återgiven med tillstånd av författare.*..... *71*

Figur 8 *Conflicted C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.52). Figur återgiven med tillstånd av författare.*..... *72*

Figur 9 *De- Conflicted C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.54). Figur återgiven med tillstånd av författare.* *72*

Figur 10 *Coordinated C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.57) Figur återgiven med tillstånd av författare.*..... *73*

Figur 11 *Collaborative C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.60. Figur återgiven med tillstånd av författare*..... *74*

Figur 12 *Edge C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.63). Figur återgiven med tillstånd av författare.* *74*

Figur 13 *Network-Centric Maturity Model. Efter Alberts och Hayes (2007, s.27, figur 1)*..... *75*

Figur 14 *Designlogisk modell av ett ledningssystems påverkansfaktorer, idé efter Brehmer (2008a, figur 3, sid. 31; 2009c, figur 3, sid. 10). Figur återgiven med tillstånd av författare.* *79*

Figur 15 *Det fullständiga designlogiska schemat med fem nivåer. Efter Brehmer (2013, s. 71, figur 5:2).*..... *80*

Figur 16 *Det designlogiska schemat i sin grundform med tre nivåer. Efter Brehmer (2013, s.67, figur 5:1).*..... *81*

Figur 17 *Militärt möjlighetsrum,(till vänster) Civilt möjlighetsrum (räddningsinsatser), (till höger)*..... *82*

Figur 18 *DOODA - modell av uppgiftssystemet på funktionsnivå, efter Brehmer (2009a, s. 57, figur 2:1)*..... *85*

Figur 19 *Ett ledningssystems gestaltande, efter Brehmers (2006a,b; 2007: 2008a,b; 2009c; 2010a; 2011;) modeller och synsätt på ledning och ledningssystem.*..... *89*

Figur 20 *Förenklad modell för ett sjukdomsförlopp, från vänster till höger. Efter Bäcklund et al (2013, figur 1, sid. 40). Figur återgiven med tillstånd av författare.*..... *94*

Figur 21 *Förenklad bild av ASiHs sociala och organisatoriska gränsytor under 2008-2010 (egen figur)*..... *100*

Figur 22 *Patientsäkerhetens innebörd, villkor och dynamik, (egen modell).* *118*

Figur 23 *Patientsäkerhetsproblematikens essens och meningsbärande enheter (domäner), egen figur)*..... *119*

Figur 24 *Inriktande vård- och omsorgsledning – en hypotetisk ledningsmodell,(Lagerstedt, 2012, s. 151)*..... *188*

Figur 25 *Patientsäkerhetsproblematikens essens och meningsbärande enheter (domäner) 2008, (egen figur).* *227*

Figur 26 *Summarande matris av troliga ledningsproblem från 2013 (egen figur).* *246*

Figur 27 *ASiH (nr 7) i NVS ledningsrum - sociala och organisatoriska gränsytor från 2013, (egen figur).*.... *251*

Figur 28 *Nätverkssjukvårdens möjlighetsrum (vårdpraktikernas handlingsutrymme), vilket begränsas av sju olika faktorer. Figur modifierat återgiven med tillstånd av författare, efter Brehmer (2013, s. 43 och 46).*..... *253*

Figur 29 *Möjlighetsrum i samverkan för varje patients räkning mellan olika vård- och omsorgsorganisationer (aktörernas handlingsalternativ,) med valbara alternativ och utifrån aktuellt beslut om inriktning per patientuppdrag. Egen figur, modifierat återgiven med tillstånd av författare (Brehmer, 2013)*..... *262*

"Only the Dead Fish Follow the Stream" ♪♫ ♪♫ ♪

Louise Hoffsten (2012)

1. Introduktion

I kapitlet beskrivs de omständigheter som aktualiserat och motiverar ett ledningsvetenskapligt perspektiv inom hälso- och sjukvårdsdomänen, med avsikten att undersöka ett möjliggörande av säker multiorganisatorisk vård i hemmet genom lämpligt ledningsstöd. I huvudsak presenteras därför såväl forskningsproblemets bakgrund, samt viktiga utgångspunkter för avhandlingens problemställning. Kapitlet inkluderar såväl en bredare vårdkontextuell bakgrund, som pågående utvecklingstendenser av betydelse för avhandlingens avgränsning, inriktning, syfte och forskningsfrågor. Slutligen återfinns en disposition, med en läsanvisning över olika kapitel och avslutningsvis en tabell med avhandlingens studier och metoder.

1.1 Ledningsbehov i förändring för hälso- och sjukvården

I avhandlingen uppmärksammas ledningsbehov[2] för att erhålla säker resurseffektiv vård i hemmet, vilket initialt framträtt genom rekontextualisering[3] av de risker, utmaningar och patientsäkerhetsrelateradeproblem som personal i vårdpraktiken[4] ställs inför i samband med en intermediär och multiorganisatorisk sjukvårdslösning: Exemplet ASiH (Avancerad Sjukvård i Hemmet). Avhandlingens resultat baseras på ett kunskapsmaterial som utvecklats över tid genom en fallstudiebaserad forskningsmetodik, och där studier genomförts och material studerats i två tidsmässigt olika faser mellan 2008 och 2013. Avhandlingen är en vidareutveckling av de resultat och den slutsats som presenterats i licentiatavhandlingen[5] *Ledning av komplexa operationer i en komplex vårdform - om ledning, ledningsbehov och möjligheter till ledning för säkrare vård i hemmet* (Lagerstedt, 2012). Vidareutvecklingen motiveras av en större ledningskontextuell förändring och tillika pågående *vårdreform* i hälso- och sjukvården.

Utifrån exemplet ASiH finns det mycket som talar för att ASiH handlar om intermediär multiorganisatorisk vård- och omsorg i hemmet, vilket medför fortsatta (men mindre kända) och resurskrävande säkerhetsrelaterade ledningsbehov i vårdpraktiken. Ledningsbehov för att erhålla säker vård har hittills visat sig handla dels om ledning av patienthanteringen[6] i samband med vårdformsskiften[7], och dels om ledning av olika patienters vård när ASiH som vårdform väl aktualiserats och pågår. Utifrån ett ledningsperspektiv kräver vårdformen av säkerhetsskäl ett nytt synsätt på ledning betraktat som en funktion[8], vilket ger utrymme för alternativa led-

[2] Med ledningsbehov avses ett behov av ledning betraktat som en funktion med syftet att inrikta och samordna befintliga och tillgängliga resurser för mesta möjliga effekt, vilket inte nödvändigtvis förutsätter en person. Se vidare kapitel 3.4.

[3] Med rekontextualisering avser jag att "[…] ett fenomen beskrivs på ett nytt sätt (rekontextualiseras) när det (på abduktiv väg) sätts in i ett nytt sammanhang. Detta sammanhang är konstruerat, det vill säga skapat med hjälp av begrepp och teorier (Svensson, 2002, s. 179-180)." Begrepp och teorier har hämtats från Ledningsvetenskapen.

[4] Med "vårdpraktik" avser jag frontlinjepersonalens konkreta uppfattade realtidsdimension i utförandet av det praktiska vårdarbetet, och i strävandet mot så god och säker vård som möjligt för patienters räkning – givet kontextuella omständigheter av betydelse för detsamma.

[5] Forskningsstudiens första fas finns redovisad i sin helhet i licentiatavhandlingen.

[6] Med patienthantering avser jag olika slags nödvändiga patientrelaterade aktiviteter i samband med ett vårdformsskifte.

[7] Med ett vårdformsskifte avser jag att en förändring äger rum rörande en form för vård- och omsorgsproduktion för en vård- och omsorgstagare, till exempel från inneliggande på ett sjukhus fram tills att inskrivning sker inom ramen för vårdgrenen ASiH.

[8] Med funktion avses i avhandlingen en ledningsfunktion med utgångspunkt från van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2007; 2008c; 2013) resonemang rörande ledning av insatser, där funktionsbegreppet *inte* förutsätter en process eller en person (även om det kan ingå i funktionen). En funktion utgörs i stället av det som ledningsmässigt krävs i en situation för att ledningssystemets syfte (inriktning och samordning) ska kunna uppnås i samband med insatser, vilket betyder att ledningssystemets form måste designas på ett sådant sätt så att de krav som

ningskoncept som går i linje med de i vårdformen förekommande unika patientuppdragens karaktärsdrag (Lagerstedt, 2012; 2013). Eftersom ASiH ska från 2013 aktualiseras för allt fler patientgrupper i olika åldrar med såväl olika som nya sjukdomstillstånd, så är det inte sannolikt att det säkerhetsrelaterade ledningsbehovet kommer minska. Genom att ASiH i stället erbjuds allt fler patienter så kan resursutnyttjandet därigenom förväntas behöva optimeras. Detta reser fortsatta frågor om behov av säkerhetsrelaterad samverkan[9] och samspel (presumtiva ledningsbehov) – för effektivt[10] resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården och omsorgen som helhet. Under 2012 - 2013 inleddes en omfattande förändring och omställning som påverkar ASiH, med nytillkomna spelregler och ramvillkor som i vårdpraktiken får betydelse för såväl patient, närstående som personal. Med utgångspunkt från resultat och slutsats i Lagerstedt (2012) har avhandlingsarbetets andra fas initierats utifrån explorativa frågeställningar om förändringens vårdpraktiska betydelse och innebörd, och huruvida och i vilken utsträckning pågående inriktning mot nätverksbaserad multiorganisatorisk vård av säkerhetsskäl kräver nytt synsätt på ledning med utrymme för alternativa ledningsmetoder. *Om* svaret på dessa frågor är *ja* – i så fall *varför*, och med avseende på *vad och hur?*

Avhandlingen bygger på ett kvalitativt material som insamlats med fallstudiebaserad forskningsmetodik, där data inhämtats från såväl styrdokument, intervjuer som journalhandlingar. Olika kvalitativa delstudier och annat för avhandlingen betydelsefullt kunskapsmaterial har studerats under två skilda tidperioder för ASiH (2008 och 2013):

I den första fasen har patientsäkerhetsproblematiken[11] explorerats med fokus på vårdpraktikernas strävanden i frontlinjen, i möjliggörandet av säker vård i samband med ASiH (avancerad vård i hemmet). En fas som innefattar dels en intervjustudie rörande patientsäkerhet som fenomen, dels en dokumentstudie av remisser[12] med förfrågningar från olika remittenter om ASiH för olika patienters räkning. Den initiala fasen ger en bild av nödvändiga vårdpraktiska säkerhetssträvanden inför och under genomförandet av avancerad hemsjukvård, givet föreliggande omständigheter och ramvillkor (2008 – 2010). Genom detta exemplifieras de säkerhetsrelaterade ledningsbehov som följer av ASiH som en intermediär och multiorganisatorisk vårdform – och där ledning betraktats som en funktion.

---

ställs på ledningsfunktionen *kan* uppfyllas. För vidare utveckling av dessa designlogiskt präglade resonemang, se kapitel 3 *Ledningsvetenskaplig referensram*.

[9] Samverkan är ett återkommande nyckelbegrepp och önskemål inte minst i svensk krishanteringsretorik, vars innebörd visat sig svårfångat och kontextuellt varierande (Uhr, 2011). I avhandlingen avses vårdpraktiska realtidsbehov av detsamma, där begreppets innebörd hämtats från resonemang och teorier inom ledningsvetenskaplig forskningsdomän. Samverkan i avhandlingen avser därigenom det sätt på vilket inriktning och samordning kan uppnås i samband med multiorganisatorisk vård och omsorg, betraktat utifrån ett ledningsperspektiv.

[10] När det gäller begreppet "effektiv" så har jag en tillämpad ledningsteoretisk utgångspunkt i avhandlingsarbetet. Det innebär att "effektivt" syftar på säker vård genom ett *möjligt* optimerat resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården genom effektiv ledning, som definierats främst i linje med van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2006a,b; 2007; 2008a,c; 2009c) resonemang. Detta betyder att ledning betraktats som en funktion med syftet inriktning och samordning för erhållande av säker och jämlik vård på lika villkor. För vidare läsning om effektivitetsbegreppet, se Johansson (2011, s. 8-45).

[11] Med patientsäkerhet avses, enligt Socialstyrelsens termbank [2011-10-17] ett ”skydd mot vårdskada”, och vårdskada som ett ”lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.”

[12] Med remiss avses enligt Socialstyrelsens termbank [2011-10-17] en ”…handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient.”

Den andra fasen berör exemplet ASiH i kritisk organisatorisk förändring och omställning 2012-2013. Denna transformation är påkallad av ett nytt verksamhetsuppdrag som en följd av nya ramvillkor i linje med en framtidsplan i aktuellt landsting, med nya krav på helhetsansvar och vårdval för patienter i behov av ASiH enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem. ASiH utgör nu även en del av en vision om nätverkssjukvård (NVS)[13]. Den andra fasen ger därför en komplementär och uppdaterad bild av exemplet ASiH med nya kontextuella förutsättningar och ramvillkor, inkluderat de i vårdpraktiken erfarna, uppfattade och förväntade samverkansutmaningarna och samverkansbehoven - av betydelse för säker vård. Forskningsstudiens andra fas inrymmer därför en omfattande studie av nya styrdokument, en intervjustudie och en ny dokumentstudie av nya remisser (patientuppdrag). Delstudien åskådliggör innebörden av vårdformen ASiHs förändring med möjliga kvarstående och nya säkerhetsrelaterade ledningsbehov.

I avhandlingen står ett ändrat uppdrag för sjukvårdsproduktion i centrum från 2013 (med utgångspunkt från exemplet ASiH), beaktat nytillkomna och ändrade ramvillkor samt nya breda utvidgade patientuppdrag. I fokus står därför både framtidsvisionen om NVS, och vårdpraktiska erfarenheter och föreställningar om möjligheter till allt mera avancerade vårdinsatser i hemmet för allt flera och nya patientgrupper på ett säkert och resurseffektivt sätt inom ramen för NVS. Med en ledningsvetenskaplig referensram uppmärksammas därför ånyo möjliga ledningsproblem och ledningsbehov för säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk vård. Detta utifrån ett för hälso- och sjukvården nytt teoretiskt synsätt på ledning: betraktat som en funktion för NVS med initial teoretisk utgångspunkt från van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2007; 2008c; 2013) resonemang. Avhandlingen har en designvetenskaplig[14] ambition i den bemärkelsen att det förvisso *inte* är hälso- och sjukvårdens verksamhetsledning som undersökts, utan det ledningsmässiga som behövs för att möjliggöra resurseffektiv vård på säkert sätt vid intermediär multiorganisatorisk sjukvårdsproduktion (exemplet ASiH). Detta inom ramen för den framväxande nätverkssjukvården, med hemmet som en huvudsaklig vårdplats.

1.2 Vårdkontextuell bakgrund

Tidigare studier inom främst slutenvård pekar mot att vården utgör en komplex högriskverksamhet (Kohn, Corrigan och Donaldsson, 1999; Cook, Render och Woods, 2000; Evans, Cardiff och Sheps, 2006; Ödegård, 2006; 2007b), och flertalet internationella studier har tidigare påvisat en patientsäkerhetsproblematik inom slutenvården, där mellan 2,9 – 16,6 procent bedöms komma till skada (Brennan et al., 1991; Wilson et al., 1995; Davis et al., 2002; Schiöler

[13] Det pågår en diskussion i olika forum och sammanhang som berör olika aktörer, när det gäller vikten av samarbete genom nätverk och där uttrycket "Nätverkssjukvård" börjar återkomma. Dess innebörd är varierande, där olika exempel och projekt börja komma. Se till exempel projektet ExDIN, för utvecklad diagnostik genom expertnätverk [http://exdin.com/]. Nätverkssjukvård återfinns inte [2015-05-19] i Socialstyrelsens termbank, men beskrivs enligt till exempel Stockholms läns landsting [2014-05-15] som att: ”Alla vårdgivare, oavsett huvudman eller storlek, har samma ansvar för att bidra och ta hjälp av varandra för att patienten alltid ska få den bästa hjälpen snabbt och enkelt (vårdgivarguiden, 2014).” Ett annat exempel framgår genom Region Skåne, med en liknande vision om gränslösa nätverksbaserade samspelslösningar med patienten i centrum (Det öppna Skåne 2030, 2015).

[14] Ledningsvetenskap har ett praktiskt syfte, och kan betraktas som en designvetenskap med ambition att studera ”…det som ännu inte finns (Brehmer, 2013, s. 11).” Se kapitel 3, för utvecklad beskrivning.

et al., 2001; Baker et al., 2004; Ministry of Health and Consumer Affairs, 2006; Socialstyrelsen, 2008). Flera studier indikerar även att vård i hemmet inte utgör något undantag vad avser patientsäkerhetsutmaningar (Roback och Herzog, 2003; Stevenson, Mc Rae och Mughal, 2008; Lau., et al., 2007; McGraw, Drennan och Humphrey, 2008; Ödegård, 2003, 2007a; Lang, et al., 2006; Lang, Edwards och Fleiszer, 2007; Sears, 2008; Modin, 2010). Vårdinsatser i hemmet förefaller således inte oproblematiskt, samtidigt som kunskapen ännu är begränsad och sannolikt kontextuellt betingad vad avser såväl vårdtagarnas säkerhet som personalens vårdpraktiska möjligheter att eftersträva säker vård i hemmet för patienters räkning. Tidigare studier har bland annat påvisat att flera problem kan uppstå den närmsta tiden efter hemgång. Detta innefattar olika aspekter bland annat medicinska (Mistiaen, Francke och Poot, 2007), och olika interventioner (rörande planering och stöd) har såväl initierats, genomförts som utvärderats (Mistiaen och Poot, 2006). Tidigare genomförda internationella studier har samtidigt inte gett några klara besked om till exempel generell kostnadseffektivitet i jämförelse med slutenvård, eller huruvida vård i hemmet skulle ge ett sämre utfall (Shepperd och Iliffe, 2005; Shepperd, et al., 2008; McIntyre, 2008). De risker och säkerhetsrelaterade utmaningar som vårdpraktiken möter vid vård i hemmet, har inte heller visat sig helt enkla att jämföra med de problem som tidigare uppmärksammats på sjukhus och till exempel inom akut slutenvård (Stevenson, Mc Rae och Mughal, 2008). Patientsäkerhet är emellertid en fortsatt samhällsangelägen och brännhet fråga, som för svenskt vidkommande per definition ytterst handlar om att skydda patienter mot vårdskador[15]. Den 1 januari 2011 trädde även Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) i kraft, vilket utgör en påtaglig nationell signal om frågans vikt.[16]

Svensk hälso- och sjukvård och omsorg genomgår en stor förändring och utveckling, där allt mer av de avancerade vårdinsatser som tidigare utförts inom ramen för slutenvård överförs och förväntas utföras i allt större utsträckning i nya öppna vårdformer med hemmet som bas och med hjälp av bland annat hemsjukvård[17] och ASiH-liknande verksamheter (Socialstyrelsen, 1996; Svenska kommunförbundet, 2002; Socialstyrelsen, 2008a; Socialstyrelsen 2008b; Socialstyrelsen, 2009). Den pågående kommunaliseringen av all svensk hemsjukvård utgör ett ytterligare viktigt exempel på nationell signal, och ett påtagbart steg i fortsatt riktning mot än mer vård i hemmet (SOU 2011:55). Samtidigt som det ännu inte finns någon definition till-

[15] Med vårdskada avses, enligt Socialstyrelsens termbank [beslutad 2007] som: ”lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.”

[16] Bakgrunden är den Patientsäkerhetsutredning som tillsattes våren 2007, och utmynnade i slutbetänkandet SOU (2008:117) Patientsäkerhet Vad har gjorts? Vad behöver göras? Därefter har såväl flera parallella utredningar genomförts som ytterligare ny lagstiftning föreslagits och tillkommit, vilket är en utvecklingstendens som går i samma riktning rörande frågans vikt om säker vård – och där patienten ska stå i centrum. Som kompletterande föreskrift till patientsäkerhetslagen, finns även SFS Patientsäkerhetsförordning (2010:1369). Se även längre fram i texten, rörande bl a Patientmaktsutredningen S2011:03 och inrättandet av den nya granskande myndigheten Vårdanalys.

[17] I Sverige har tre olika former (nivåer) av hemsjukvård tidigare beskrivits av Svenska kommunförbundet (2002), där den dåvarande indelningen var ett sätt att avspegla vårdinsatsernas omfattning och hur kvalificerad vård som gavs. Enligt den indelningen kan ASiH sägas tillhöra nivå tre.

gänglig från Socialstyrelsens sida, rörande vad som karaktäriserar avancerad sjukvård i hemmet eller avancerad hemsjukvård.[18]

Verksamheter som bedriver ASiH har tidigare främst förknippats med palliativ vård[19] vid obotliga cancersjukdomar i livets slutskede. På senare år har patienter med andra allvarliga och obotliga fortskridande sjukdomstillstånd än cancer uppmärksammats som betjänta av ASiH och den palliativa vårdens tankegångar, såsom vid till exempel svår hjärtsvikt, olika allvarliga neurologiska sjukdomstillstånd samt kronisk obstruktiv lungsjukdom (Strang, 2008, s. 15-16; Beck-Friis, 2008, s.7). Sedan drygt 15 års tid kan också allt mer behandlingar av till exempel cancer utföras poliklinisk[20] i Sverige. Detta genom ökade behandlingsmöjligheter över en allt längre och obestämd tidsperiod, som kan sträcka sig över flera år. Vilket innebär att det: "…skett en tydlig förskjutning av patientpopulationen från sjukhuset till ASIH (Strang, 2008, s. 14)." När det gäller konceptet palliativ vård har det också skett en utveckling senaste åren rörande terminologin med en strävan om koncensus i Sverige omkring viktiga begrepp och termer som används relaterat till detsamma, och där termer såsom "avancerad" respektive "basal" palliativ vård direkt avråds sedan 2012. Istället rekommenderas numera "allmän" respektive "specialiserad" palliativ vård.[21]

I Sverige har det tidigare gjorts en distinktion mellan avancerad hemsjukvård och basal hemsjukvård (SBU, 1999), samtidigt som kunskapen ännu är begränsad om så kallade avancerade hemsjukvårdsinsatsers utbredning och innehåll i Sverige (Svenska kommunförbundet, 2002; Socialstyrelsen, 2009). Det saknas även en lagstiftning och reglering över vad hemsjukvården kan/ska innehålla, varför det också är oklart vad avser vilka diagnoser och sjukdomstillstånd som överhuvudtaget hanteras inom ramen för hemsjukvård (Socialstyrelsen, 2009). Utöver detta pågår också en process och en vision i Sverige om en kommunaliserad hemsjukvård 2015 i ordinära boenden, vilket innebär att ansvar och finansiering därigenom förs över från landstingen till kommunerna. Ett kommunalt huvudmannaskap föreslås däremot inte inkludera en rätt för kommuner att anställa egna läkare (SOU 2011:55). Detta sätter rimligtvis gränser när det gäller vilka diagnoser och sjukdomstillstånd som kompetensmässigt kan hanteras på ett säkert sätt i kommunal regi, eftersom egen medicinsk kompetens (legitimerade läkare) inte kontinuerligt finns "på plats" på samma sätt som på ett sjukhus. Samverkansfrågor kan därigenom förväntas få än större betydelse framöver, för att möjliggöra säker vård i hemmet. Parallellt med en utveckling mot mer vård i hemmet, tornar en bild och föreställning fram om en allt aktivare patientroll med möjligheter till ett utökat ansvar för patienten själv rörande sin

[18] Med hemsjukvård avses enligt Socialstyrelsens termbank [2013-08-10]:"hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.", och där "Hemsjukvården ges i såväl ordinärt boende som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet."

[19] Med palliativ (lindrande) vård avses ett särskilt förhållningssätt/synsätt (vårdfilosofi) där målsättningen med vården kan inbegripa stöd i form av olika insatser för såväl livskvalitet som livsförlängning vid obotliga sjukdomstillstånd. Begreppen palliativ vård och palliativ medicin förekommer parallellt i litteratur inom området, men relaterar till samma vårdfilosofi. Se till exempel Oxford *Textbook of Palliative Medicine* av (red) Doyle (1998), 2nd edition. Oxford University press. (Professor Derek Doyle betraktas som den palliativa medicinens grundare).

[20] Patienten behöver inte ligga kvar på sjukhus, utan skrivs ut samma dag som behandling genomförts – behandling som kan pågå under mycket lång tid för att såväl bota som bromsa ett sjukdomsförlopp.

[21] För vidare information rörande detta, se Nationella Rådet för Palliativ vård [www.nrpv.se], vars rekommendationer bygger på Nationella vårdprogrammet för palliativ vård 2012-2014.

egen vård (egenvård[22]). Föreskriften SOSFS 2009:6 (M och S) och de efterföljande ändringsförfattningarna är en spegel av den pågående färdriktningen, där föreskriften kan betraktas som ett sätt att söka reglera detta - det vill säga dels om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård och dels vårdpraktikens bedömning och uppföljning rörande detsamma. När det gäller begreppet avancerad hemsjukvård och dess innehåll går det ännu inte finna någon enhetlig definition i Sverige, samtidigt som stora skillnader tidigare har konstaterats mellan Sverige och andra länder vad avser innebörden av hemsjukvård vilket även försvårar en internationell jämförelse (SBU, 1999)[23]. När det gäller ASiH-liknande verksamheters innehåll och organisering inom Sverige, så har dess förekomst, utbredning och innehåll tidigare beskrivits som mycket olika. Ett 20-tal olika förkortningar har exemplifierats, men som inte säger något om innehållet i en verksamhet som bedriver ASiH eller huruvida verksamheten uppfyller kraven för så kallad specialiserad palliativ vård[24] (Palliativguiden, 2008; 2010).

Behovet av specialiserad palliativ vård och ASiH-liknande tjänster beräknas även öka i Sverige framöver. Detta som en följd av bland annat medicinska framsteg och utökade behandlingsmöjligheter av cancersjukdom allt högre upp i åldrarna, vilket innebär livsförlängning men samtidigt nya risker genom att nya akuta behandlingsbiverkningar och komplikationer kan tillstöta (Strang, 2008). De medicinska och teknologiska framstegen ökar möjligheten att behandla, bota och/eller vårda allt fler patienter med sjukdomstillstånd och krämpor såväl upp som ned i åldrarna, vilket antas medföra såväl ökade förväntningar som behov hos presumtiva patienter (Callahan, 2008). I den framtidsorienterade konferensen ”Advanced Home Care 2025” som ägde rum den 25e april i Lund 2013, tecknades en bild av en framtida patient som tar befälet över sin egen vård med hemmet som bas. Avancerad hemsjukvård presenterades som ett underutnyttjat vårdkoncept som med stöd av ny teknologi möjliggör vård på distans[25], genom att professionen kan till exempel medicinskt följa, mäta och bedöma olika parametrar i samspel med patient och närstående. Genom avancerad hemsjukvård antas patienten kunna erbjudas samma slags vård som på sjukhus, innefattande en föreställning och vision om att välintegrerade vårdkedjor och ny teknologi ska möjliggöra utökad möjlighet till avancerad hemsjukvård i Sverige. Utgångsläget är att en högre livskvalitet för såväl patient som närstående därigenom kan uppnås (Advanced Home Care 2025, Lund).

---

[22] Rörande egenvård finns inte något explicit klargörande i Socialstyrelsens terminologibank [2013-08-30], utöver en hänvisning till en definition (beslutad 2005): ”(i samband med avslag rörande vårdbegäran eller vid avslut av vårdåtagande) anvisning till annan vårdenhet eller till egenvård”. I föreskriften SOSFS 2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, framgår däremot att med egenvård avses: ”hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra” och att ”Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763):”. Detta innebär att patienten själv blir ansvarig för en hälso- och sjukvårdsåtgärd.

[23] I Socialstyrelsens terminologibank går det [2011-08-22] inte hitta någon definition av begreppet ASiH. Däremot har LIF (de forskande läkemedelsföretagen) föreslagit följande definition på det liknande begreppet ”avancerad vård i hemmet”: ”…avser en tidsbegränsad intermediär vårdform för alla patientgrupper med tydliga avgränsningar mot sjukhusvård, primärvård och hemtjänst.” (LIF, 2010).

[24] Specialiserad palliativ vård ska enligt (SOU 2001:6) inbegripa vård dygnet runt, läkarmedverkan och ett så kallat ”teamarbete” (Palliativguiden, 2008, 2010).

[25] Vård på distans med IT-hjälpmedel är emellertid inget nytt, vilket bland annat kan exemplifieras genom en departementsrapport från 2002: Vård ITiden – strategier och åtgärder för att bredda användningen av telemedicin och distansöverbryggande vård. Begreppet telemedicin är emellertid brett och kan innefatta olika användningsområden, inte bara medicinskt informationsutbyte. Det förefaller emellertid idag saknas en tillgänglig definition [2013-08-19] i Socialstyrelsens termbank rörande begreppet telemedicin.

Utöver ovanstående utveckling med framtidsvisioner om allt mer avancerad vård i hemmet, är trenden såväl i Sverige som internationellt att vårdtiderna inom slutenvård minskar, samt att tidig hemgång och hemsjukvård ökar (Socialstyrelsen, 2008a, 2008b, 2009; Svenska kommunförbundet, 2002; Stevenson, Mc Rae och Mughal, 2008). Sedan många år minskar också antalet vårdplatser per invånare (såväl i Sverige som internationellt)[26], och där stora förändringar skett i Sverige sedan 1960-talet. Detta inte minst genom Ädelreformen 1992, då kommunerna fick ett samlat ansvar för de äldre långtidssjuka och handikappade (Socialstyrelsen, 1996, 2010). Ädelreformen har i vård- och omsorgspraktiken inneburit att många olika slags insatser idag utförs av flera olika involverade parter (specialistsjukvård, hemtjänst m fl.), men utan samordning. I ett flertal studier och rapporter har samordningsbehovet framträtt som betydande och angeläget, och i synnerhet rörande multisjuka[27] äldre. Gurner och Thorslund (2003) menar att en samordnande ”dirigent” saknas (men behövs) rörande vården och omsorgen om de äldre. När Ädelreformen trädde i kraft 1 januari 1992 var en utvecklad samordning rörande samhällets insatser till äldre ett viktigt mål, likaså en utvecklad samverkan mellan kommuner och landsting (Prop. 1987/88:176). Samverkansbehovet har därefter uppmärksammats alltmer genom åren, genom såväl propositioner från politiskt håll (Socialdepartementet, 2010), som genom en mängd olika samverkansprojekt. Forskning om samverkan är däremot något som entydigt indikerar att det är lättare sagt än gjort (Huxham och Vangen, 2005; Hörnemalm, 2008; Anell och Mattisson, 2009). Samverkan avseende så kallade multisjuka patienter med flera diagnoser/sjukdomar ses som särskilt utmanande att realisera i praktiken (Anell och Mattisson, 2009, s. 13-15).

Genom den pågående kommunaliseringen av hemsjukvården i Sverige, i linje med SOU (2011:55) så finns det anledning att anta att än fler patientgrupper med dels olika slags nya och dels flera samtidiga diagnoser och sjukdomstillstånd kan förväntas vårdas i hemmet. Detta dels i kommunal regi och dels i sampel med (eller med stöd av) ASiH-liknande verksamheter, vilket därmed kan innebära en intermediär och multiorganisatorisk vårdform. Kommunaliserad hemsjukvård innebär samtidigt att det i likhet med Ädelreformen 1992 pågår en fullt jämförbar ansvarsförskjutning från landstingen till kommunerna, men avseende alla patienter som erhåller vård i hemmet - vilket kan liknas med ett slags pågående ”Hemädel – reform". Sedan november 2013 pågår också en utredning rörande en effektivisering av hälso- och sjukvårdens resursutnyttjande (Dir. 2013:104)[28], inom vilken en integrerad utredning genomförts med översikt av lagen om kommunernas betalningsansvar (1990:1404)[29]. Utredningen om betalningsansvarslagen (S 2014:05) i linje med (Dir.

[26] Jämförelser av vårdplatser mellan länder är emellertid inte helt oproblematiskt bland annat beroende på olika finansieringsformers betydelse för vilka vårdplatser som inkluderas i beräkningen (täckningsgraden), samt vad som betraktas som en vårdplats (definitionen) (Socialstyrelsen, 2010).

[27] Med multisjuk avses en patient med flera diagnoser och sjukdomar (Gurner och Thorslund, 2003).

[28] Utredningen om en nationell samordnare för effektivare resutrsutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14), ska avsluta sitt arbete senaste 31 december 2015. Syftet med utredningen är en analys utifrån främst tre frågor; patientnytta, förenklad adminstration och förbättrad uppföljning av vård samt hur hälso- och sjukvården kan kostnadseffektiviseras.

[29] Betalningsansvarslagen (BAL) tillkom 1992 och var en del av Ädelreformen, där syftet var att utgöra ett ekonomiskt incitament för kommunen. BALs syfte var att främja kommuner att i rimlig tid överta ansvaret för dels patienter i behov av somatisk långtidssjukvård, och dels för medicinskt färdigbehandlade patienter i akutsjukvård och i geriatrik som inte behöver vårdas på en sjukhusinrättning. Från 1995 berörde BAL även psykiatriska patienter som var färdigbehandlade eller i behov av långtidsvård, genom psykiatrireformen. Vårdpraktiskt innebär

2014:27), utmynnade nyligen i en rapport om *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* SOU (2015:20). I rapporten sätts samverkansfrågan mellan huvudmän (kommun och landsting) i centrum, genom en allsidig översyn avseende olika utskrivningsklara patientgrupper inom olika typer av vård och med olika slags vårdbehov. Utredningen föreslår att nuvarande betalningsansvarslag upphör, och ersätts med en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård - vilken avser träda i kraft 31 december 2015.

Stor tilltro sätts sedan många år till teknik och inte minst informations- och kommunikationsteknik (IT), genom initiativet med en Nationell IT-strategi (Skr. 2005/06:139, Socialdepartementet). IT-stödet för en sammanhållen informationsöverföring framhålls sedan länge som ett underutnyttjat redskap i vårdens och omsorgens verksamheter. Bland annat för att "…på bästa sätt förbättra och effektivisera vård och omsorg, så att planering och samverkan mellan aktörer underlättas (Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen, 2008, s. 4)." Samtidigt finns det erfarenheter och studier som påvisat att digitala vårdinformativa system ofta anpassas och utvärderas utifrån enskilda användares behov, och inte för att stödja samverkan och samspel mellan människor eller organisationer (Reddy och Bradner, 2005). Genom den Nationella IT-strategin betraktas till exempel IT även som ett redskap för verksamhetsutveckling, vilken därigenom uppges kräva samarbete mellan olika samhälleliga nivåer och aktörer. Vinsterna beräknas på så sätt beröra flertalet områden på sikt; till exempel säkrare vård och omsorg, förbättrad arbetsmiljö, mer patienttid, bättre styrnings- och uppföljningsmöjligheter av verksamheter samt bättre forskningsmöjligheter - varför IT-strategin därigenom inbegriper ett flertal insatsområden (Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen, 2008). Satsningen på IT-stöd för en förnyad och utvecklad hälso- och sjukvård är dock inget nytt, och kan spåras betydligt längre tillbaka i tiden till nationella styrdokument som rör IT-politikens inriktning[30] och utveckling mot ett så kallat informationssamhälle för alla (Prop. 1999/2000:86). När det gäller hälso- och sjukvård avsågs den utökande informationstillgången beröra såväl patienter, närstående som vårdpersonal. Samtidigt som såväl en stärkt ställning, som ett ökat inflytande och självbestämmande för patientens räkning redan då betonades som en önskvärd inriktning och utveckling (Socialdepartementet, 2002). Sammantaget satsas nu omfattande belopp på ändamålsenlig informationsförsörjning, och enbart Landstingen har till exempel årligen uppgetts avsätta cirka 6,7 miljarder kronor på olika slags e-hälsotjänster inom vård och omsorg. Sedan 2010 bytte strategin namn till "Nationell e-hälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg", vilket framhålls som ett ytterligare steg och en tydlig nationell signal till förbättrad informationshantering inom vård och omsorg med fokus på "…införandet, användningen och nyttan av tekniken snarare än den tekniska utvecklingen (Socialdepartementet, 2010, förord)". Det fortsatta utvecklingsarbetet rörande Nationell e-Hälsa, handlar om att skapa strukturerad och ändamålsenlig dokumentation inbegripet en gemensam informationsstruktur med nationellt överenskomna begrepp och termer. Sammantaget förväntas detta möjliggöra ett upprätthållande av

BAL ett betalningsansvarig för kommunen efter ett visst antal dygn för de utskrivningsklara patienter, för vilka landstingets läkare också är skyldiga att upprätta vårdplan för senast ett dygn innan utskrivning.

[30] För vidare läsning se till exempel departementsrapporten: Vård ITiden – strategier och åtgärder för att bredda användningen av telemedicin och distansöverbryggande vård (Socialdepartementet, Regeringskansliet, 2002).

en god och säker vård[31] och omsorg. Det pågående arbetet med e-Hälsa[32] innefattar olika utvecklingsprojekt och insatsområden som beräknas ge nyttoeffekter för såväl individer som verksamheter; till exempel genom att olika e-Tjänster utvecklas som ytterst avser öka patienters tillgänglighet och medbestämmande. Den Nationella Patientöversikten (NPÖ)[33], är ett exempel på central tjänst som utvecklades för att möjliggöra för behörig personal att få tillgång till journalinformation efter patientens samtycke i linje med Patientdatalagen (2008:355). September 2012 var samtliga landsting anslutna till NPÖ, och en fortsatt anslutning pågick över hela Sverige, när det gäller kommuner och privata vårdgivare (Socialdepartementet, 2010). NPÖ avser emellertid avvecklas i sin nuvarande form, och det är ännu något oklart rörande alternativa efterföljande lösningar (Dagens Medicin, 2014).

Utöver främjandet av en digitaliserad informationstillgång inom svensk hälso- och sjukvård så pågår flera nya och olika parallella utredningar[34], samtidigt som flera avlöst och följt av varandra genom åren – vilka tillsammans symboliserar målsättningen om såväl en stärkt ställning och utökat inflytande för patienter och där verksamheter ska sätta patienten i centrum. Ett påtagbart exempel på detta i närtid är Patientmaktsutredningen S2011:03, som utmynnat i Patientlag (2014:821) - vilken trädde i kraft 1 januari 2015 och som avser värna patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. Med Patientlag (2014:821) följer ett behov av förändringar inom hälso- och sjukvårdsdomänen, genom främst tydliga krav på att vård ges med samtycke, samt att informationsplikt och informationsanpassning ska råda i patientmöten - och där valfrihet ska erbjudas mellan offentligt finansierade vårdalternativ. Detta har samtidigt inneburit att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anpassats med ändringar för att gå i linje med en stärkt patientställning i patientlag (2014:821). Ett ytterligare exempel på trend och tillika ambition om patienten i centrum, är inte minst den granskande myndigheten Vårdanalys[35], med ett tydligt patient- och medborgarperspektiv i sitt arbete.

Genom öppna jämförelser om kvalitet och medicinska resultat, ska hälso- och sjukvårdens utfall synliggöras så patienter ges möjlighet till välinformerade val. Det finns samtidigt många

---

[31] Formuleringen ”God vård” tar sin utgångspunkt i en formulering från 2006 med hänvisning till hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och tandvårdslagen (TL 1985:25), som främst handlar om förväntningar på den goda vårdens innehåll: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (2 § HSL, 2 § TL).” (Socialstyrelsen, 2006, s. 6).

[32] 1 januari 2014 bildades en E-hälsomyndighet för hälso- och vårdinfrastruktur, och i mars 2015 går e-hälsoarbetet in i en ny fas genom SOU (2015:32) *Nästa fas i e-hälsoarbetet.* Ett betänkande där bland annat samordning och starkare styrning efterlyses rörande ehälsa-frågor och områdets utveckling, och där E-hälsomyndigheten föreslås få ansvar som koordinerande nationell kraft för att: "... i samråd med Socialstyrelsen utveckla och förvalta de informationssystem som krävs för tillgängliggörande av en gemensam informationsstruktur för hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOU, 2015:32, s. 21)."

[33] För vidare information rörande NPÖ och dess utveckling se: [http://www.cehis.se/images/uploads/Nyheter/Skrift_CeHis_handlingsplan_2013_2018_120615.pdf] Länk tillgänglig: 2014-06-02.

[34] Exempel på reformer och utredningar som genomförts genom åren och som lyfts fram i Patientmaktsutredningens delbetänkande (SOU 2013:2) som betydelsefulla är: Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000; Ansvarskommittén; Patientdatautredningen; Patientsäkerhetsutredningen; Frittvalutredningen; Utredning om patientens rätt i vården; Statens vård- och omsorgsutredning; Utredningen om rätt information i vård och omsorg och Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning (SOU 2013:2, s. 49-62).

[35] För vidare information rörande Vårdanalys se: [http://www.vardanalys.se/] Länk tillgänglig: 2015-04-19.

initiativ och metoder för att försöka mäta vårdens kvalitet och resultat för ökad transparens, där dock avgränsade insatser exemplifieras som enklare att mäta till skillnad mot till exempel kontinuerlig omvårdnad av långvarigt sjuka (Leway och Waks, 2006). I förlängningen innebär denna utveckling å ena sidan en aktivare patientroll med ökad valfrihet, samtidigt som såväl patient (och eventuell närstående) på så sätt både förväntas och behöver ta ett mer aktivt medansvar som välinformerad vårdkonsument. Lag (2008:962) om valfrihetssystem utgör ett ytterligare steg i den riktningen, vilket även kan exemplifieras med valfrihet för patienter i nya områden – och nu även avancerad sjukvård i hemmet.

Patienter i olika åldersgrupper med olika slags allvarliga, långvariga och obotliga sjukdomstillstånd kommer fortsättningsvis i allt större utsträckning förväntas såväl kunna erbjudas, vårdas som övervakas på distans i hemmet genom medicinsk och teknologisk utveckling. Detta kommer ske i öppna och intermediära multiorganisatoriska sjukvårdlösningar i nätverksform, och med hjälp av sjukvårdsproduktion så som i exemplet ASiH.

1.3 Forskningsproblemet

Patientsäkerhetsproblematiken i samband med ASiH visade sig 2008 sprungen ur en intermediär och multiorganisatorisk vårdform, och återkommande som en följd av delat ansvar med vårdpraktiska svårigheter till informationsutbyte och realtidssamspel över organisationsgränser. Samtidigt som delat ansvar är nödvändigt, så är det inte alltid varken praktiskt möjligt eller enkelt att klargöra. Detta innebär att multiorganisatorisk vård nödvändiggör av patientsäkerhetsskäl (inte sällan in realtid) såväl förberedelse av som ett vård- och omsorgsgenomförande i samspel mellan olika nödvändiga involverade parter. Multiorganisatorisk vård innebär olika insatser i olika konstellationer, som anpassas till varje patients unika behov och förutsättningar. Samtidigt som detta inte nödvändigtvis möjliggör ett förutsägbart ”befäl” (ansvar, befogenhet och resurser för alla insatser) för en involverad aktör - varför fenomenet komplexa operationer[36] kan uppstå. Det senare innebär en extraordinär ledningsproblematik, som hittills främst uppmärksammats i samband med multiorganistoriska uppdrag i militära sammanhang - och vid fredsbevarande internationella insatser samt i räddningstjänstens verksamhet. Med ett ledningsvetenskapligt synsätt har komplexa operationer uppmärksammats som en risk/säkerhetsfråga i samband med ASiH, vilket därmed aktualiserar ett säkerhetsrelaterat ledningsbehov. Av både arbetsmiljö- och patientsäkerhetsskäl nödvändiggör detta ett utrymme för olika ledningskoncept, som avpassas till just patientuppdragens karaktärsdrag. Detta förutsätter emellertid ett nytt syfte med och synsätt på ledningsfrågor och ledningssystem – betraktat som en funktion vars syfte är att inrikta och samordna (Lagerstedt, 2012; 2013).

När ledning betraktas som en funktion som möjliggör säker vård, så introduceras ett för hälso- och sjukvården nytt synsätt på ledning. Detta liknar insatsledning som kräver stöd för detsamma (till exempel organisering för realtidsledning). Ledningsfunktionens syfte handlar då enbart om att inrikta och samordna nödvändiga eller tillgängliga resurser i samband med multiorganisatoriska patientuppdrag – som i exemplet med ASiH (Lagerstedt, 2012; 2013).

[36] Komplexa operationer har hittills studerats och uppmärksammas inom ledningsvetenskaplig forskningsdomän (ett ämne med rötter i *Command and Control Science*), och främst rörande fredsbevarande internationella insatser (Brehmer, 2013).

2008 fanns det inte anledning att anta att samspels- och samverkansbehov skulle minska framöver, snarare tvärtom. Detta är mer aktuellt än någonsin, med politiska framtidsvisioner och pågående ”vårdreformer” mot ökad patientmakt och valfrihet till vård- och omsorgsinsatser i hemmet vid flera nya sjukdomstillstånd från 2013. I aktuellt landsting betyder detta att det föreligger ett utökat behov av samverkan, mellan de för patienten unikt nödvändiga aktörerna.

Frågor som rör just samverkan och samordning är aspekter som sedan mycket lång tid sysselsatt och är ständigt aktuellt i militär verksamhet, vilket är något som hanteras inom ramen för insatsledning. När det gäller multiorganisatoriska insatser så har dessa emellertid visat sig präglas av omständigheter som kan medföra en extraordinär ledningssituation. Den militära verksamheten är förvisso en fundamentalt annorlunda verksamhet jämfört med hälso- och sjukvården, samtidigt som den i likhet med hälso- och sjukvården betraktas som en komplex högriskverksamhet.

Båda verksamhetstyper karaktäriseras emellertid av samspelsbehov för framgång – vilket är intressant ur ett ledningsperspektiv. Detta eftersom militär verksamhet ofta förutsätter (i likhet med vården och omsorgen) att ett flertal parter är involverade med olika insatser – vilket betyder unika samarbetskonstellationer för varje patients räkning. I militära sammanhang har ledning sedan lång tid tillbaka betraktats som nödvändigt för att kunna samordna och samverka, vilket inte alltid varit helt enkelt att realisera i den militära praktikens frontlinje. Mot bakgrund av den tilltagande trenden med ”insatser” inom hälso- och sjukvårdens- och omsorgens verksamheter med flertalet involverade aktörer, så är det fortsatt relevant att fråga sig om militära erfarenheter och den forskning och teoriutveckling som finns, pågår och utvecklas inom den ledningsvetenskaplig disciplinen kan såväl begripliggöra som hypotetiskt lösa uppmärksammad problematik (Lagerstedt, 2012; 2013). Detta i synnerhet när flertalet aktörer är involverade i patientunika samverkanskonstellationer - och då ingen kan sättas under ett gemensamt ”befäl” - eftersom ett delat ansvar inte sällan råder. En ökad förekomst av multiorganisatoriska vårdinsatser i hemmet mot nätverkssjukvård, talar för fortsatta tilltagande säkerhetsrelaterade ledningsbehov.

Genom den betydande omställning som ASiH för närvarande genomgår, så finns det anledning att undersöka huruvida det säkerhetsrelaterade ledningsbehovet från 2008 som uppmärksammats i Lagerstedt (2012; 2013) kvarstår eller har förändras på något sätt, samt vad detta innebär såväl vårdpraktiskt som ledningsmässigt genom inriktningen mot nätverkssjukvård. Mot ovanstående bakgrund med förändrade ramvillkor och nya bredare patientuppdrag för ASiH från 2013 så reser sig forskningsproblemet:

VAD är det som behöver ledas för säker resurseffektiv nätverkssjukvård med utgångspunkt från exemplet ASiH, och HUR kan detta VAD behöva ledas?

1.4 Syfte och forskningsfrågor

Syftet med avhandlingen är att bidra till förståelsen för och utvecklingen av ledning och ledningsmodeller, som motsvarar de behov som finns och de krav som ställs på produktion av

säker resurseffektiv och patientunikt utformad vård- och omsorg i samverkan mellan aktörer i en nätverksform - och där hemmet utgör huvudsaklig vårdplats.

- Vad kan påtagbart försvåra eller möjliggöra en säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk vård och omsorg i samverkan?
- Vilka säkerhetsrelaterade ledningsbehov uppstår?
- Vad kan olika synsätt på ledning, ledningskoncept och ledningsmetodiker hämtade från Ledningsvetenskap betyda för och tillföra hälso- och sjukvården, när vård- och omsorg produceras i nätverksform?

1.5 Disposition och innehåll

För den som önskar ta del av någon enskild del eller utvalda delar så beskrivs kapitlens innehåll nedan, vilket utgör en vägledande läsinstruktion. Avslutningsvis återfinns en översiktstabell med sidhänvisning, rörande avhandlingsarbetets forskningsmetoder.

I kapitel 1 *Introduktion* återfinns en introduktion rörande de omständigheter som aktualiserar och motiverar ett ledningsvetenskapligt perspektiv inom hälso- och sjukvårdsdomänen, samt bakgrunden till forskningsbehov rörande säkerhetsrelaterade ledningsbehov och synsätt på detsamma i samband med en intermediär och multiorganisatorisk vårdform i förändring. I huvudsak ges en introduktion i ett bredare vårdkontextuellt sammanhang av betydelse för avhandlingens avgränsning, inriktning, syfte och forskningsfrågor.

I kapitel 2 *Forskningsmetodik och vetenskapligt förhållningssätt* beskrivs forskningsprocessens kunskapsutveckling, samt genomförandet av en fallstudiebaserad forskningsansats. I kapitlet återfinns betydelsen av mitt möte med vårdpraktiken, vilket inkluderar såväl min motivation av vetenskapsteoretiska utgångspunkter, metodmässiga överväganden som mitt vetenskapliga förhållningssätt i en forskningsansats som tagit sitt utgångsläge i vårdpraktiken - och hur detta utvecklats över tid genom en betydande förändring av och dynamik i forskningskontexten. I huvudsak presenteras de omständigheter och vägval som ligger till grund för forskningsarbetets genomförande, med avsikt att ge läsaren en transparent bild av min forskningsprocess – avseende såväl den första som andra fasen. I kapitlet återfinns också betydelsen för avhandlingens avgränsning och inriktning, och det ledningsvetenskapliga perspektivets relevans framför andra perspektiv rörande ledningsfrågor. Avslutningsvis återfinns en modell och tillika överblick av avhandlingsarbetets design och genomförande, där min forskningsstrategi sammanfattats och illustrerar de olika steg och moment som ingått – det vill säga avhandlingsarbetets ”recept” från ax till limpa!

I Kapitel 3 återfinns en *Ledningsvetenskaplig referensram* där den ledningsvetenskapliga forskningens domän och teoretiska perspektiv presenteras. Kapitlet ger en introduktion och bredare bild till dess bakgrund, framväxt, inriktning, målsättning, problemställningar, pågående utveckling och forskningsrön rörande ledning. I kapitlet återfinns även en teoretisk uppdatering och utveckling dels rörande ledningsteori, och dels rörande hur och varför ledningsvetenskap med fördel kan betraktas som en designvetenskap. Utöver detta återfinns begrepp, resonemang och teorier rörande effektiv ledning och ledningsnivåer, samt innebörden av företeelsen komplexa operationer och olika synsätt på ledning och ledningskoncept i den multiorganisatoriska och ofta komplexa och dynamiska lednings- och samarbetskontext som För-

varsmaktens verksamheter under lång tid brottats med och söker utveckla nya ledningsstöd för.

Kapitlet utgör den referensram och det teoretiska perspektiv som ligger till grund för en ledningsvetenskaplig betraktelse av ett kvalitativt datamaterial, ett datamaterial som inhämtats och analyserats i två tidsmässigt olika faser – en retrospektiv analys och tillika rekontextualisering som återfinns i dels kapitel 8 och som går igen även i kapitel 9 och 10.

I Kapitel 4 *ASiH – ett empiriskt exempel i förändring 2008 – 2013* presenteras den ASiH verksamhet som utgör det empiriska exemplet och mitt utgångsläge i avhandlingsarbetet. I Huvudsak ger kapitlet en översiktlig bild av ASiH 2008, och en kort överblick i dess utveckling med nytillkomna ramvillkor till och med 2013. Kapitel 4 ger främst en introduktion i vilka sociala och organisatoriska gränsytor och sammanhang som den specifika verksamheten är en del av och/eller kan möta, vilket bygger på information som växt fram genom forskningsprocessen via samtal och diskussioner i olika sammanhang och vid olika tillfällen. Kapitel 4 inkluderar en kort sammanfattning av relevanta styrdokument (avtalet med beställaren 2008), vilka är en del av de kontextuella ramvillkor som förelåg i forskningsstudiens första fas.

Eftersom ramvillkoren har förändrats genom bland annat ny lagstiftning och ett nytt avtal från 2013 samt en vision om nätverkssjukvård, så utgör detta ett viktigt nytt kunskapsmaterial i form av nya data som blivit föremål för analys i forskningsstudiens andra fas. Därför återfinns förändrade ramvillkor, det nya avtalets innebörd och visionen mer utvecklat som empiriskt underlag i kapitel 9 *Delstudie 3: Om ASiH, nätverkssjukvård och ledningsbehov*.

I Kapitel 5 återfinns *Delstudie 1 – Patientsäkerhetens innebörd och villkor?* som är den första explorativa delstudien som bygger på djupgående intervjuer och inventerande fältbesök, en fenomenologiskt präglad studie som avspeglar den mycket sammansatta bild som framträdde rörande patientsäkerhetsproblematikens ”essens” vid avancerad sjukvård i hemmet hösten 2008, givet dåvarande vårdkontextuella omständigheter. I kapitlet finns ett särskilt metodavsnitt rörande den fenomenologiska ansatsen och mitt tillvägagångssätt.

I kapitel 6 återfinns *Delstudie 2 – Vem kan vårdas i hemmet?* som är den andra explorativa delstudien, och är en dokumentanalys som genomförts på de remisser (förfrågningar om vårdinsatser) som inkom till ASiHs verksamhet hösten 2008. Studien synliggör dels vilka slags patientsäkerhetsproblem och/eller riskfyllda omständigheter/utmaningar som framträder genom remisser och remitteringsförfarandet, och dels vad som är av betydelse för möjliggörandet av en säker avancerad sjukvård i hemmet. De remisser som ingår i delstudie 2 inkom samtidigt som intervjuer i delstudie 1 genomfördes, det vill säga hösten 2008. I kapitlet finns ett särskilt metodavsnitt rörande dokumentanalysens genomförande.

I kapitel 7 *Vårdpraktikens patientsäkerhetsrelaterade problem* presenteras en datasammanfattning av forskningsstudiens resultat i den första fasen, med avseende på patientsäkerhetsproblematiken. Genomförda delstudier i forskningsstudiens första fas har även summerats med avseende på ”utfallet” rörande vårdpraktikens utmaningar och risker, och innebörden rörande detsamma som möjliga ledningsproblem. Kapitlet avslutas med en summerande över-

sikt av återkommande företeelser i vårdpraktiken som på ett påtagbart sätt visat sig kunna försvåra eller omöjliggöra en säker avancerad hemsjukvård. Kapitlet utgör den kunskapsfond som den ledningsvetenskapliga analysen utgått från i kapitel 8.

I Kapitel 8 *Analys – en ledningsvetenskaplig betraktelse och diskussion* återfinns en ledningsvetenskaplig analys av de problem i vårdpraktiken, som framträtt som särskilt praktiskt påtagbart försvårande och/eller som omöjliggör vård i hemmet på ett säkert sätt. Exemplen är hämtade från forskningsstudiens samlade datamängd och kunskapsmaterial i den första fasen med ledning från kapitel 8.2. Kapitel 8 ger en bild av patientuppdragen rörande framträdande presumtiva ledningsproblem, ledningsbehov i studiens första fas, samt möjligheter till en patientsäkrare vård genom effektiv ledning i samband med vårdformen ASiH - givet dåvarande framträdande ramvillkor 2008. Detta genom att dels rekontextualisera patientsäkerhetsproblematiken och de försvårande omständigheterna som presumtiva ledningsproblem, dels genom att rekontextualisera aktiviteter och handlingsmönster relaterat till detsamma som ledningsaktiviteter inom ramen för ett hypotetiskt framträdande ledningssystem. Utifrån detta problematiseras också ”funktionaliteten[37]” på det ledningssystem som gestaltar sig i forskningsstudiens första fas, det vill säga hösten 2008. Kapitlet 8.3 avslutas med en summering av observationer rörande vårdformen ASiHs ledningsfråga 2008, avseende ledningsproblematiskt utgångsläge, ledningsmässigt önskat slutläge samt ledningsfunktionens villkor med möjlig design.

I kapitel 9 *Delstudie 3 - ASiH, nätverkssjukvården och ledningsfrågan 2013* redovisas den tredje delstudien, som genomförts i forskningsstudiens andra fas. Studien har en kritisk hermeneutisk ansats och är en explorativ nulägesanalys, med utgångspunkt från exemplet ASiH i en kritisk omställningsfas mot vårdval ASiH 2012-2013. I kapitlet sammanfattas och exemplifieras innebörden av den transformation mot nytt uppdrag som omställningen medfört från 2008 fram till 2013, med möjligheter till mer avancerad vård i hemmet för allt fler och nya patientgrupper. I kapitlet uppmärksammas betydelsen av ASiHs förändring för tidigare forskningsfynd 2008 (uppmärksammade säkerhetsrelaterade problemen och ledningsbehoven), vilka utgör utgångspunkt för fortsatt exploration tillsammans med samverkansfrågans betydelse i sammanhanget. Avslutningsvis finns en uppdaterande summering i tabellform av vårdpraktiskt försvårande omständigheter för säker vård i samverkan från 2013, som avspeglar troliga ledningssvårigheter från 2013 genom inriktningen mot nätverkssjukvård med utökade behov av och krav på samverkan. I kapitlets inledning finns ett särskilt metodavsnitt rörande delstudiens genomförande.

I kapitel 10 återfinns *Diskussion* där avhandlingens kunskapsbidrag presenteras, i en designlogisk framställningsform baserat på forskningsfynd från 2008 och 2013. Fokus ligger på ledningsfrågan för resurseffektiv säker intermediär multiorganisatorisk vård i nätverksform, vilket inkluderar det ledningsvetenskapliga perspektivets betydelse och potential för hälso- och sjukvården. Därefter återfinns en slutsats, och ett särskilt avsnitt därefter med några alternati-

[37] Med funktionalitet avser jag huruvida ledningssystemets form framstår som ändamålsenligt, relaterat till framträdande ledningsbehov. Detta bygger på Brehmers (2005; 2006a,b; 2007; 2008a,b,c; 2009c; 2010b; 2011; 2013) modeller och synsätt på hur ett ledningssystem gestaltar sig, se kapitel 3.6.

va och/eller rivaliserande perspektiv som framkommit. I metoddiskussion finns en kritisk reflektion över forskningsstrategi, med fokus på friktioner som utgjort såväl metodmässig begränsning som möjlighet i forskningsprocessen - och hur detta har hanterats. Avslutningsvis ges förslag på framtida forskningsbehov som uppmärksammats.

Avhandlingsfaser	Delstudier	Forskningsmetoder	Sidhänvisning
Fas 1	**Delstudie 1:**	**Fallstudiebaserad forskningsansats:**	s. 49-55.
(2008 - 2010)	*Patientsäkerhetens innebörd och villkor?*	Inventerande interaktiv fältstudie:	s. 33-39.
		Litteraturstudie	s. 40-43.
		Dokumentstudie (styrdokument och ramvillkor)	s. 93.
		Respondentvalidering	s. 37-39.
		Triangulering	s. 43-44.
		Väsensmetoden	s. 141-142.
		Abduktiv slutledningsmetod	s. 44-49; 144-145.
		Djupgående intervjuer:	s. 101-102.
	Delstudie 2:		
	Vem kan vårdas i hemmet?	Dokumentstudie (patientjournaler och remisser)	s. 52; 121-124.
Fas 2	**Delstudie 3:**	**Fallstudiebaserad forskningsansats:**	s. 49-55.
(2012 - 2013)	*ASiH, nätverkssjukvården och ledningsfrågan 2013*	Inventerande fältbesök och samtal	s. 36-37; 189-190.
		Djupgående intervjuer	s. 190-194.
		Dokumentstudier	s. 192; 194-198.
		Abduktiv slutledningsmetod	s. 44-49.
		Triangulering	s. 43-44.
		Väsensmetoden	s. 48.

Figur 1 Översikt av forskningsmetoder, (egen figur).

2. Forskningsmetodik och vetenskapligt förhållningssätt

I detta kapitel beskrivs forskningsstrategin i avhandlingsarbetet, vilket inkluderar såväl motivation av vetenskapsteoretiska utgångspunkter, metodmässiga överväganden som förhållningssätt genom en fallstudiebaserad[38] forskningsstrategi som tagit sitt utgångsläge i vårdpraktiken. Vidare presenteras de omständigheter som ligger till grund för avgränsning, inriktning och genomförandet, för att ge en transparent bild av forskningsprocessen.

2.1 Vårdpraktiskt utgångsläge

Juni 2008 närmade jag mig patientsäkerhetsproblematiken inom hemsjukvårdsdomänen, genom en verksamhet som bedrev så kallad avancerad sjukvård i hemmet (ASiH). Jag hade precis tagit del av ett äldre intervjumaterial från 2006 som berörde risker och patientsäkerhetsutmaningar i verksamheten med fokus på läkemedelshantering, samtidigt som materialet indikerade olika slags risker och säkerhetsproblem relaterade till såväl människa, teknik som organisation (Ödegård, 2006). Mot bakgrund av betydande organisatoriska förändringar och att materialet var två år gammalt, så aktualiserades ett behov av en ny, uppdaterad och fördjupad studie med ett bredare syfte. Eftersom jag också helt saknade praktisk erfarenhet och förtrogenhet med hemsjukvård och ASiH, så valde jag att först inleda med inventerande fältbesök. Genom en längre yrkeserfarenhet och tillika förtrogenhet med hälso- och sjukvårdsfältet[39] sedan 1980-talet, så fann jag det nödvändigt med en mer konkret inblick i vad ASiHs verksamhet kunde handla om i vårdpraktiken, för att kunna förstå vad hemsjukvårdens patientsäkerhetsproblematik ingick i för slags konkret kontextuellt sammanhang. Genom inventerande fältbesök fick jag möjlighet att följa med undersköterskor och sjuksköterskor ut på fältet vid ett flertal tillfällen, och fick därmed även kontakt med såväl patienter som närstående i olika slags boendemiljöer. Det praktiknära perspektivet kom att bli en ”ögonöppnare” och ett viktigt utgångsläge inför valet av forskningsstrategi och metodmässiga överväganden. Detta dels eftersom det genom fältbesöken blev uppenbart att den patientsäkerhetsproblematik som den här typen av verksamhet (vårdinsatser i hemmiljö) brottades med, inte framstod som helt jämförbar med slutenvårdens patientsäkerhetsutmaningar. Dels eftersom de inventerande fältbesöken också indikerade att problematiken inte med fördel varken kunde fångas, beskrivas, analyseras och förstås utifrån faktorer som gick mäta och sätta numeriska värden på. Detta utgjorde ett starkt motiv till en induktiv och kvalitativt inledande forskningsansats rörande patientsäkerhets-problematiken, då jag i linje med Widerbergs (2002, s. 35) resonemang insåg att:

> En poäng med kvalitativ forskning är att man måste vara öppen för det oväntade och låta det komma till tals. Det är ju för att vi inte vet, utan vill utforska och reda ut, som vi bedriver kvalitativ forskning. God kvalitativ forskning är mer teorigenererande än teoribeläggande, något som i sin tur kan utgöra basen för kvantitativ forskning och kvantitativa belägg (Widerberg, 2002, s. 35).

[38] Med fallstudiebaserad forskningsstrategi avser jag Gummessons (2007) definition: ”*Fallstudiebaserad forskning innebär att ett eller flera fall från verkliga livet används som empiriskt underlag för forskning, särskilt när kunskap om ett område helt eller delvis saknas och när det rör sig om komplexa fenomen* (Gummesson, 2007, s. 116).”

[39] Se kapitel 1.2 Förtrogenhet och personligt perspektiv.

Patientsäkerhet som fenomen och företeelse har beskrivits som ett relativt nytt, tvärvetenskapligt men också svårdefinierbart forskningsområde där terminologin och innebörden kan vara bred och variera beroende på kontextuellt sammanhang, och innefatta såväl kliniskt/vårdnära, strukturella som procedurella problem. Kunskap omkring patientsäkerhetsproblematiken framhålls därmed som nödvändig att söka ur såväl nya informationskällor, som med nya tankegångar och ansatser till exempel kvalitativa och även fenomenologiska (WHO, 2008, s 88). Utifrån detta finns det således starka skäl till explorativa och praktiknära forskningsstrategier när det gäller säkerhetsrelaterade frågor i samband med avancerad sjukvård i hemmet, eftersom det sannolikt föreligger kontextuella variationer samtidigt som det är en relativt ny och expanderande företeelse i utveckling för allt fler patientgrupper och vid olika diagnoser och sjukdomstillstånd. Detta genom exempelvis den stora förändring och omställning som förbereddes och ägde rum i landstinget mellan år 2012-2013, mot bland annat vårdval ASiH som erbjuds flera nya patientmålgrupper. Samtidigt som visioner och framtida planer om ett slags nätverkssjukvård växte fram i det aktuella landsting som den verksamhet som utgjorde mitt empiriska exempel var en del av, vilket ånyo reser frågor rörande kontextuella omständigheter och ramvillkors betydelse för vårdtagarnas säkerhet i samband med vård i hemmet – samt vårdpraktikens villkor att eftersträva detsamma i det nya sammanhanget. I min forskningsansats har jag utgått från den interaktiva forskningens grundidé i den bemärkelsen att kopplingen till vårdpraktiken har utgjort det initiala utgångsläget genom så kallad ”praktikertankning”[40]. Därigenom har jag sett en möjlighet att även lämna ett bidrag till praktikersamhället rörande patientsäkerhetsproblematiken. I den första fasen fanns möjligheten att respondentvalidera mina resultat med vårdpraktiker i frontlinjen, medan det i den andra fasen blev mindre värdefullt och praktiskt praktiskt omöjligt på grund av att förändringens hastighet och omfattning var av en sådan dignitet.

2.2 Förtrogenhet och personligt perspektiv

Min yrkesmässiga erfarenhet och förtrogenhet med hälso- och sjukvården samt omsorgen går tillbaka till mitten av 80-talet, och inbegriper erfarenhet från såväl en glesbygd som storstad – från norra Sverige till södra Sverige. Genom detta i kombination med att ha verkat i olika slags yrkesroller, och senast i rollen som legitimerad sjuksköterska – så har jag en förtrogenhet som forskare med domänen i den bemärkelsen att det underlättar såväl förståelse som kommunikation och missförstånd kan undvikas (rörande vårdpraktikens arbete) då jag själv tillhört en profession.[41] Detta erbjuder en möjlighet att lättare navigera, fånga och hantera de

[40] Praktikertankning (practician – refueling process) innebär enligt Wigblad och Jonsson (2008) att forskningsfrågor växer fram genom ett samspel (och där frågornas relevans även kan prövas) mellan förtrogenhetsforskaren och erfarna praktiker. ”Den ömsesidiga förståelse som kan utvecklas i en sådan intervjusituation, öppnar upp för hög kvalitet på det empiriska materialet (Wigblad och Jonsson, 2008, s. 325 samt 314-315).”

[41] Jag har medvetet valt att *inte* resonera i termer av ”förförståelse” som något problematiskt i detta avsnitt, eftersom detta i det närmaste utgjort en förutsättning för en inledande interaktiv forskningsansats med ett fenomenologiskt förhållningssätt, snarare än att det utgjort ett hinder som grumlat eller förvrängt min blick. Detta då ”förförståelse” i synnerhet i forskningsstudiens initiala fas snarare underlättat såväl min förståelse, deskriptiva återkoppling och respondentvalidering och även möjligtgjort trovärdiga kritiska reflexioner rörande det som framträtt vid rådande tidpunkt som problematiskt och riskfyllt i den konkreta vårdpraktiken. Detta inkluderat inte minst möjlighet till frågor och diskussion, rörande den möjliga praktiska innebörden av vårdpraktikens villkor för såväl patient, närstående som personal i själva ”frontlinjearbetet”. Mer om detta återfinns i kapitel 2.2.1 rörande ”närhet och distans” i samband min forskningsstrategi med ett fokus på det vårdpraktiska, samt även i en separat metoddiskussion i avhandlingens sista kapitel (slutdiskussion).

datamässiga möjligheter/svårigheter som uppstår under såväl ett avhandlingsarbete som en forskningskontext som även innefattat medicinsk terminologi och patientjournaltext. Att fånga och hantera möjligheter som svårigheter är nödvändigt vid en fallstudiebaserad forskningsstrategi, vilket bland annat handlar om att datainsamlingsproceduren inte är rutiniserad (Yin, 2007, s. 3). En förtrogenhet med en medicinsk ”värld” har på så sätt underlättat och väglett mig, samtidigt som min erfarenhet ligger drygt 10 år tillbaka i tiden och inte inbegriper varken avancerad sjukvård i hemmet eller ”hemsjukvård” varför jag haft fördelen att också vara novis i många nya och oväntade avseenden. Min yrkesbakgrund som legitimerad sjuksköterska, inbegriper även en roll som ”narkossköterska” genom en specialistutbildning inom anestesisjukvård varför jag även verkat på en operationsavdelning. Min erfarenhet återfinns sammanfattningsvis från olika slags akuta slutenvårdsavdelningar på olika sjukhus, samt från två intensivvårdsavdelningar och kommunal äldreomsorg. Innan min sjuksköterskeutbildning (under flera år i min ungdomstid) fick jag även en bild av vården som semestervikarie som såväl lokalvårdare, sjukvårdsbiträde som undersköterska. Detta handlade främst om arbete på landstingsdrivna invärtesmedicinska vårdavdelningar och långtidsvård på sjukhus för äldre och obotligt sjuka (så kallade långvårdsavdelningar), där de senare avskaffades genom Ädelreformen då vård och omsorg för dessa grupper kommunaliserades.

Genom min bakgrund har jag sett hälso- och sjukvården förändras och utvecklas över ett längre tidsperspektiv, samtidigt som en betydande tidsmässig yrkesdistans för mig möjliggjort ett öppnare sinne och att med nya ”glasögon” såväl förstå som begripliggöra patientsäkerhetsproblematiken inom en före detta yrkedomän och ett tillika nuvarande forskningsfält. Detta har inneburit många oväntade insikter, således möjligheter till såväl reflexion som ett kritiskt tänkande för mig om dels det som varit, och dels det som pågår – men också om det som kommer. De ledstjärnor som präglat mitt förhållningssätt och personliga perspektiv i forskningsfältet har delvis utgått från den förtrogenhet jag förvärvat genom min breda yrkesbakgrund inom hälso- och sjukvården samt omsorgen. Men vad som minst lika mycket präglat mig är den mer humanistiskt kontrasterande skolning jag upplevde 1998-2002 under en magisterutbildning vid Linköpings universitet på programmet för samhälls- och kulturanalys. Det var en omvälvande vetenskapsfilosofisk resa och tillika paradigmkrock och ”omprogrammering”, som jag först i samband med mitt avhandlingsarbete förstått den praktiska innebörden av genom forskningsprocessen. Med en bakgrund och erfarenhet från två fundamentalt olika synsätt på kunskap och forskning, kom jag i explorativ anda i ett mindre utforskat fält (ASiH) eftersträva en kunskapsutvecklingsstrategi som går mer i linje med vad Ramsden (2003) beskriver som ett holistiskt synsätt framför ett atomistiskt (reduktionistiskt). Atomism kan enligt Ramsden sammankopplas med ytinriktning, och holism med djupinriktning. Ramsden menar att ytinriktning kan förvränga uppgiftens struktur medan holism bibehåller strukturen. En integrerad helhet utgör därmed ledstjärnan vid ett holistiskt synsätt, medan ett atomistiskt synsätt utgör det motsatta. Detta innebär att vid ett atomistiskt synsätt plockas olika delar ihop till en helhet, vilket snarare då utgör en additiv helhet med begränsad förståelse för komplexare sammanhang än vid en integrerad helhet. Genom att eftersträva ett holistiskt synsätt möjliggörs även att relativt komplexa fenomen och ”beroenden” därmed kan uppmärksammas, begripliggöras och prövas utifrån såväl olika synsätt och teorier som nya perspektiv.

2.3 Forskningens kunskapsutveckling

Att lyfta fram kunskap om problematiska omständigheter i vårdpraktiken som är relaterade till risker och säkerhet för vårdtagare, kan rimligtvis förutsätta trygghet att kunna uttrycka såväl personliga, kollegiala, organisatoriska som tekniska förutsättningar, tillkortakommanden som utmaningar. Jag har därför försökt eftersträva öppenhet, ärlighet, respekt, ödmjukhet och lärande genom dialog och återkoppling i de sammanhang och forum som varit och framträtt som praktiskt möjliga. Syftet med detta har även varit att bevara en professionell yrkesheder som föredetta yrkesverksam specialistutbildad sjuksköterska och tillika vårdpraktiker, och att samtidigt verka som självständig forskare.

2.3.1 Närhet och distans

Genom min bakgrund har jag reflekterat över begreppen *distans*, *närhet* och *objektivitet*. Detta eftersom jag genomfört undersökningen inom ramen för en vårdkontext som jag helt saknat erfarenhet av, samtidigt som jag fört samtal med personal som kunde varit kollegor. Min bakgrund kan ha möjliggjort en fördjupad förståelse och inblick i en verksamhet och tillika kontext som jag själv varken arbetat eller arbetar i, samtidigt som detta också kan ha ökat förutsättningarna att bibehålla en nödvändig distans och att ”se med egna ögon”: min tidsmässiga distans till arbete i frontlinjen samt den begränsade kontextuella förståelse har sannolikt såväl medfört en prestigelöshet som möjliggjort ”dumma” frågor, för vilka jag ibland fått en frågande blick och kommentarer såsom ”ja, men det vet väl du som är sjuksköterska” eller ”då är du nog rätt naiv om du inte kände till dessa säkerhetsproblem”. Genom att sjukvårdsfältet varit bekant för mig och att jag tidigare socialiserats in i en yrkesroll, och att min bakgrund också varit känd - samtidigt som jag jobbat kvalitativt - har situationer inträffat där en distans och ”objektivitet” varit knepig att upprätthålla:

> Idag när jag följde med vid ett patientbesök presenterades jag som en kollega. Det blev förstås enklast så inför patienten förstod jag, men det var inget vi kommit överens om innan. Samtidigt så innebar det att jag inte kunde låta bli att hjälpa till vid omläggningen av såret, när jag fick den frågan inför patienten. Det var en komplicerad omläggning och jag såg att det behövdes fler händer, och jag hade nödvändig kunskap och två händer och kunde ju inte bara stå och titta på.
>
> (Fältanteckning, juni 2008)

Företeelsen ”going native” innebär att studiens syfte tappas bort av forskaren, som börjar identifiera sig med de personer som möts i forskningen. Företeelsen har observerats framför allt vid etnografisk och antropologisk forskning, och medfört mer konkret att forskaren får svårt att bibehålla en vetenskaplig infallsvinkel under såväl datainsamling som analys (Bryman, 2002, s. 265, 288). Patientmöten och ”kollegiala situationer” enligt ovan har emellertid främst utgjort en viktig inventerande inledning inför design och genomförande av studier. Detta för att möjliggöra en trovärdigare studie genom relevanta problemställningar, av betydelse för vårdpraktikens strävanden för säker vård i hemmet.

Kollegiala ”möten” och informella samtal har förekommit i såväl forskningsstudiens första som andra fas, samtidigt som den fallstudiebaserade forskningsstrategin utifrån exemplet ASiH (i synnerhet andra fasen) nödvändiggjort mer explicita hermeneutiska inslag genom att den stora förändring som ägde rum innefattande nya data i form av styrdokument med politis-

ka visioner och nya ramvillkor. Detta har inneburit ett nytt men komplementärt vetenskapligt förhållningssätt i den andra fasen, i den bemärkelsen att jag utan respondentvalidering analyserat och begripliggjort olika slags texter såsom styrdokument, ramvillkor, intervjuer och remisser på ett nytt sätt – eftersom de tillsammans dels utgör nya slags data i en kritisk omställningsfas och dels synliggör ett nytt framträdande kontextuellt sammanhang. För att möjliggöra ett kritiskt öga och främja ett mer ”objektivt” förhållningssätt under stor förändrings- och omställningsfas, har mötet med texterna genomsyras från min sida av en ambition om ett slags ”Misstankens hermeneutik”[42]. I linje med Kvales (1997) beskrivning av detsamma har jag eftersträvat en kritisk misstro mot textens direkta uttryck. Det vill säga en misstro gentemot det tillsynes förväntat givna explicita budskap och tillika meningsuttryck som förmedlas. Jag har således inte intresserat mig för skribentens intention i ”psykologisk” bemärkelse, utan mitt förhållningssätt har snarare präglats av vad Westlund (2009) beskriver såsom kritiskt inriktad hermeneutik med en referens till Ricoeur (1998):

> Det är snarare textens intention som ska sökas i den kritiskt inriktade hermeneutiken (Ricoeur, 1998). Texten är självständig, men den finns alltid i ett sammanhang, en tidsanda, en situation. Den är inskriven i världen och refererar till en värld, vilket gör att kontexten alltid ska beskrivas, vägas in och ingå som en del i helhetstolkningen (Westlund, 2009, s. 66).

Detta förhållningssätt aktualiserades i synnerhet rörande styrdokument och ramvillkor i forskningsstudiens andra fas, men i viss mån även rörande intervjuer och remisser i den andra fasen. Det innehållsmässiga kom att bli föremål för ett kritiskt förhållningssätt, eftersom detta kunde avspegla mer implicita budskap och utgöra exempel på det nya framträdande rörande ASiHs innebörd i vid bemärkelse från 2013 – som ett uttryck för såväl nya strukturella ramvillkor som dolda möjliga implicita budskap.

2.3.2 Återkoppling till vårdpraktiken

Genom min bakgrund såg jag initialt en möjlighet att genom en praktiknära ansats i samspel med kunniga praktiker, nå fördjupad förståelse om problembildens ”natur” inom avancerad hemsjukvård. Detta främst i syfte att identifiera angelägna forskningsfrågor av betydelse för vårdtagarnas säkerhet i hemmet, med utgångspunkt från vardagliga vårdpraktiska strävanden och omständigheter av betydelse för säker vård i hemmet:

> Argumentet för en praktiknära forskningsansats är att inom varje empiriskt projekt befinner sig empirin inom ett större och erfarenhetsbaserat praktikerfält, vilket bäst behärskas av kunniga praktiker. Den praktiknära ansatsen bygger på *beprövad erfarenhet*. Eftersom långt från all kunskap är vetenskapligt säkerställd, spelar den beprövade erfarenheten en mycket stor roll vid praktiskt handlande. (Wigblad och Jonsson, 2008, s. 314).

Detta sätt att närma sig forskningsuppgiften präglas av vad Wigblad och Jonsson (2008, s. 312) benämner som forskning utifrån en förtrogenhetsrelaterad position. Detta har mer konkret inneburit att kopplingen till praktiken har utgjort utgångsläget med inslag av vad Wigblad och Jonsson (2008, s. 325) benämner som *praktikertankning* (eng. practician – refueling pro-

42 Misstankens hermeneutik, som härstammar från Paul Ricoeurs tankegångar om meningars tolkning - innebär att lyssnandet behöver kompletteras men en misstanke för att en möjlig dold sida ska kunna framträda. För vidare läsning se till exempel Ricoeur (1993) samt Kristensson-Uggla (1994, s. 251-284).

cess). Praktikertankning innebär att forskningsfrågor växer fram genom ett samspel med erfarna praktiker, där frågornas relevans även kan prövas och vidareutvecklas.

I forskningsstudiens första fas har återkoppling genomförts av delstudier vid olika forum/tillfällen i föreläsningsform med utrymme för diskussion och reflexion, inledningsvis med verksamhetens ledningsgrupp och därefter med frontlinjepersonal inkluderat de informanter som medverkat i den första delstudien (djupintervjuer). All personal med samtliga personalkategorier inbjöds att medverka när den inledande explorativa intervjustudiens resultat redovisades och diskuterades, varefter en öppen diskussion följde rörande den problembild som presenterats. Vid båda tillfällen framkom en gemensam bild och uppfattning rörande de patientsäkerhetsutmaningar som framträtt, något som sedan kom att ligga tillgrund för genomförandet av en efterföljande och andra delstudie. Denna kompletterande delstudie genomfördes dels i syfte att fördjupa förståelsen omkring problematiken, och dels för att jämföra intervjumaterialet med en alternativ datakälla. Såväl den första som den andra delstudien har återkopplats till samtlig personal inom verksamheten fördelat vid tre tillfällen i samband med interna utbildningsdagar, och även där framkom en diskussion och en samstämmighet omkring den problembild som presenterats, och där ytterligare konkreta empiriska exempel framkom omkring problematiken. Under utbildningsdagarna presenterades även en ledningsvetenskaplig referensram innefattande främst komplexa operationers karaktärsdrag och utmaningar enligt Brehmers (2008a) terminologi, detta i syfte att ”pröva” perspektivets relevans med vårdpraktiken. Detta innebar att ytterligare exempel framkom omkring problematiken, varefter en diskussion följde som förstärkte perspektivets relevans. Vid dessa tillfällen framkom sammantaget att den bild som presenterades var välbekanta företeelser, samtidigt som det vid ett tillfälle beskrevs av en åhörare som ”hemskt” att få det så tydligt beskrivit och sammanfattat: ”Vi arbetar ju dagligen i detta, men det låter ju så hemskt när det kommer upp till ytan så här tydligt”. Forskningsstudiens andra fas har däremot inte kunnat återkopplas och valideras på detta sätt mot bakgrund av den oväntat snabba förändrings- och utvecklingstakt som aktuell verksamhet genomgick vid den tidpunkt som förelåg vid datainsamlingsfasen, vilket innebar att jag inte fann respondentvalidering som fördelaktigt i en pågående och stor ”realtidsomställnings-fas”. Expertvalidering har i viss utsträckning genomförts i form av att informella avstämningssamtal genomförts med personer i ledande befattning. Detta utifrån eventuella oklarheter eller frågor som uppstått rörande saklig information om verksamheten och de nya ramvillkorens uppenbara betydelse och lokala inverkan. Expertvalideringens syfte var att säkerställa fakta, och undvika felaktigheter eller direkta missförstånd.

Genom mina forskningsfrågor har jag sammantaget kommit i kontakt med känslig och sekretessbelagd information inom hälso- och sjukvården, som inneburit att jag vinnlagt mig om att upprätthålla anonymitet rörande såväl verksamhet, informanter som de exempel som framkommit av studier och som lyfts fram i avhandlingen. När kontexten är bekant för forskaren menar Tonsberg (2009) även att frågor omkring roller och ”kollegialitet” kan framträda och där det inte nödvändigtvis är självklart för omgivningen hur närvaron uppfattas och betydelsen av detsamma. Tonsberg (2009) konstaterar därför att vetenskaplig kunskapsproduktion bland och på egna kollegor inneburit en forskningsetisk balansakt, samtidigt som detta möjliggjort en ”levande” forskning:

> Imidlertid er det også helt klart at forskningsetiske hensyn, til meg selv og kollegene, har styrt den vitenskaplige kunnskapsproduktionen i stor grad. Når idealene om vitenskapens sannhetssoken, kritiske funksjon og intresseloshet ble satt upp mot kravene om forskningsetisk hoyverdige handlemåter, var det det moraliske aspektet som til syvende og sist ble avgorende for hva slags kunnskap som ble produsert (Tonsberg, 2009, s. 282).

Enligt ovan har jag sökt vinnlägga mig om att föregripa etiska dilemman genom att eftersträva en kontakt genom olika besök vid tidpunkten för studiens genomförande där jag återkopplat tankar, frågor och resultat i forum och sammanhang som varit praktiskt möjliga och som jag kommit överens med verksamhetens ledning om. Dessa tillfällen till återkoppling har för mig även varit kunskapsutvecklande och fungerat som ”respondentvaliderande” och vägvisande tillfällen, där iakttagelser, tankegångar, frågor och tillika resultat såväl presenterats, diskuterats, ”prövats” som utvecklats vidare. Studien har genomgått en etikprövning, och genomförts i linje med HSFR[43]s etikregler (Vetenskapsrådet, 1990).

Återkoppling av forskningsstudiens första fas (delstudie ett och två) genomförades i ett större forum som enheten själva arrangerade, och där representanter i ledande befattning medverkade från andra verksamheter som bedriver en liknande vård och där även politiker och beställare var närvarande. Övergripande resultat och iakttagelser från genomförda delstudier presenterades under 60 minuter, inkluderat en kort introduktion i ett ledningsvetenskapligt synsätt på den framträdande patientsäkerhetsproblematiken. Avslutningsvis fanns ytterligare 30 minuter för frågor och diskussion, där många frågor kom att handla om förutsättningar och möjligheter till samarbete och samverkan när flertalet aktörer är involverade omkring den sjuke och problematiken omkring detsamma. Efter presentationen kom flera åhörare spontant fram och ville diskutera och ”bekräfta” problembilden, med undantag för en åhörare som var angelägen om att framföra att jag inte alls förstått vad den avancerade sjukvården sysslade med – nämligen framgångsrik och välfungerande sjukvård i hemmiljö - och där jag rekommenderades att följa med personalen ut i den direkta vården för att se hur det ”egentligen” fungerar. Genom en praktiknära ansats har såväl kontakt som diskussioner initialt möjliggjorts med kunniga praktiker, vilket inneburit att empiriska data och teori omkring ledning kunnat framträda och även prövats i dialog med fältet. Detta avspeglar en kunskapssyn där jag menar att:

> Kunskapsbildning och rättfärdigande försiggår i kollektiv av olika slag. Sådana processer är nödvändigtvis kollektiva genom sin dialogiska struktur (Molander, 1996, s. 249).

Ett interaktivt förhållningssätt har i främst forskningsstudiens första del möjliggjort ett samspel med kunniga praktiker som betraktats som viktiga deltagare i en kunskapsprocess och således som ”…partners i utforskandet – inte som några som skall beforskas (Wennberg och Hane, 2008, s. 32.).” Forskningsprocessen har därigenom – och i synnerhet i första fasen vissa inslag, som därigenom kan ha möjliggjort förutsättningar för ömsesidiga lärande som eftersträvas inom interaktiv forskning då ett partnerskap präglat forskarrollen (Westlander, 2008, s. 4-5).

[43] Humanistiska- och samhällsvetenskapliga forskningsrådet.

2.3.3 Explorativ litteraturstudie – pragmatisk vägvisare

Utifrån den sammansatta bild rörande patientsäkerhetsproblematiken som initialt trädde fram genom fältbesök, samtal och i synnerhet den första inledande delstudien, genomfördes en ämnesmässigt bredare[44] litteraturinventering[45], vilken utgick från de meningsbärande enheter som fenomenet ”patientsäkerhetsproblematik” innefattade (delstudie 1). Syftet var att söka en disciplinärt bredare och tvärvetenskaplig förståelseram rörande den förestående forskningsproblematiken – utifrån den bild som framträdde, och genom detta även nå kunskap om pågående forskning. Bakgrunden till detta explorativa och mer ”förutsättningslösa” inventeringsinitiativ var även de nya forskningsrön som framkom vid tidpunkten för min litteraturinventering, och som berörde skadepreventionsforskares[46] informationsinventeringsbeteende (Lawrence, 2008). Lawrence (2008) visade på betydande brister rörande informationssökning, vilket påtagbart påverkade forskarnas sökresultat och prioritering av valda forskningsaspekter. Lawrence (2008) menade att bristande inventering kan medföra en reproduktion av gammal kunskap där nya rön uteblir, vilket i sin tur innebär slöseri på såväl tid och pengar som arbetskraft. På sikt skulle detta även kunna förhindra effektiva insatser för att förebygga både skador och död (Lawrence, 2008 s. 3-6).

Genom en explorativ ansats rörande patientsäkerhetsproblematiken, och att jag fann Lawrence (2008) rön som relevanta så kom jag att eftersträva en explorativ arbetsgång även rörande litteraturinventeringen eftersom jag ville främja ett öppnare sinne och undvika ”enögdhet” inom området ”patientsäkerhet” och ”hemsjukvård”. Detta i synnerhet då mitt utgångsläge var vårdpraktikens problematik, varför en bredare arbetsgång använts och där jag efterhand sökt ”ringa in” lämpliga/relevanta sökord, databaser och källor. I min litteraturinventering inom området ”patientsäkerhet” konfronterades jag överlag tämligen omgående med en liknande ”sökproblematik” som utgjorde Lawrence (2008) forskningsmotiv rörande informationsinventering inom ämnet skadeprevention:

> I began to see the difficulties involved in finding complete information on IPSP [=Injury Prevention and Safety Promotion] topics. Articles useful to IPSP are spread across journals that specialize on each of more than 35 distinct professional disciplines. Acess to the contents of these journals requires searching several literature databases.(Lawrence, 2008, s. 1)

Denna problematik synliggjordes tydligt i det inledande sökskedet i flera olika databaser genom nedanstående exempel på sökord och slutligen en sökträng med olika slags möjliga benämningar och synonymer på hemsjukvård[47]:

> (”patientsafety” OR ”patient safety”) AND (”home care” OR ”home health care” OR ”home healthcare” OR ”home health services”).

---

[44] Tanken var att med en tvärvetenskaplig ambition vara öppen för att relevanta forskningsrön för ökad säkerhet vid vård i hemmet kan finnas utanför den medicinska sfären.

[45] För en utförligare redogörelse för hur min situationsanpassade inventeringsstrategi växt fram och vad den inneburit mer konkret (ett utgångsläge från olika slags tematiskt grupperade sökord och sökträngar), se Lagerstedt (2008) *Omvärldsbevakning: skadeprevention med fokus på patientsäkerhet i (hemsjukvård)*, examinationspaper från litteratur inventeringskurs HT 2008, vid Linköpings universitet (I författarens ägo).

[46] Eftersom just skadeprevention är min inriktning under forskarutbildningen fann jag forskningsrönen som högst relevanta, för att söka undvika en ”enögdhet” och främja ett öppnare sinne.

[47] Möjliga synonymer och tillika benämningar på hemsjukvård hittades i MeSH samt utkristalliserades efterhand genom sökträffar och publikationer inom hemsjukvård.

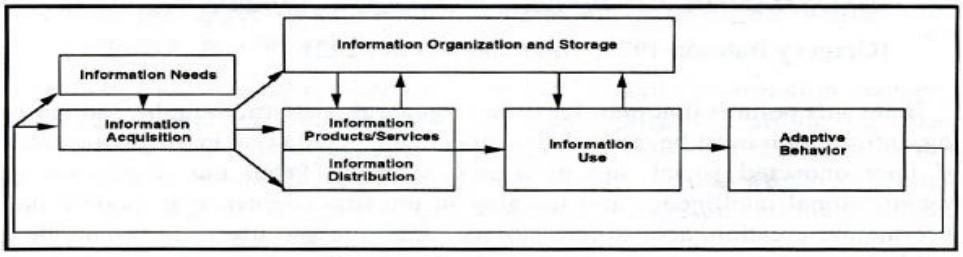
En genomgående svårighet rörande litteraturinventeringen om patientsäkerhetsproblematiken vid vård i hemmet var främst den påtagbara medicinska och kliniska dimensionen i sökträffarna, det vill säga många sökträffar där forskning om patientsäkerhet handlade om olika slags skolmedicinska behandlingar, behandlingsresultat och utvärderingar rörande detsamma. Utifrån rekommendationer om litteraturinventering för kunskapsöversikter (Folkhälsoinstitutet, 2002, s.17), prövade jag även komplettera med: ”review” OR ”systematic review”. Det rådet blev - utifrån min egen arbetsgång och erfarenhet – inte särskilt framgångsrikt eftersom det förutsatte en enkel och smal problematik, något som den patientsäkerhetsrelaterade problembilden inte indikerade – vilket kan tala för att den inventeringsproblematik som Lawrence (2008) belyser kan vara relevant i andra tvärvetenskapliga forskningssammanhang som till exempel området patientsäkerhet. Att lägga till ordet ”review” och ”systematic review” till den första söksträngen enligt ovan innebar utfallsmässigt en liknande ”medicinsk” inriktning, och innefattade då sammanställningar av till exempel hemsjukvårdens effektivitet (Shepperd och Iliffe, 2005; Shepperd, et al., 2008). Denna sökträffbild aktualiserade därefter olika slags försök från min sida att ”utesluta” den kliniska dimensionen genom att till exempel lägga till nedanstående söksträng:

> NOT (”clinical” OR ”treatment” OR ”diagnosis” OR ”disease” OR ”illness” OR ”sickness”)

Sammantaget blev begrepps- och definitionsproblematiken uppenbar vid litteraturinventering och sökning rörande såväl ”patientsäkerhet” som ”hemsjukvård”, varför jag istället inriktade fortsatt inventering på pågående och relevant forskning utifrån den konkreta problematik som framkom genom delstudie 1. Detta innebar en inventering utifrån sökord och söksträngar rörande: information, kommunikation, säkerhet och tekniska IT-hjälpmedel för hantering av detsamma - inbegripet frågor rörande överblickbarhet när flertalet aktörer involveras.[48] Mitt syfte med detta initiativ var att hitta relevant pågående forskning med gemensamma beröringspunkter med vårdpraktikens framträdande praktiska utmaningar, för att därigenom hitta en lämplig och möjlig förståelseram och begreppsapparat för den framträdande problembilden. De databaser jag fann särskilt betydelsefulla var Academic search premier, Age Line, Cinahl. PsychINFO, PubMed. Inspec/Compendex Enginering village, Scopus och Web of science.

Detta utgångsläge medförde att sökord och söksträngar behövde inbegripa lämplig och relevant fackterminologi (nyckelord), och möjliga synonymer för detsamma – vilket inte var helt enkelt då varje vetenskaplig disciplin har egen terminologi och egna uttryck som är mer eller mindre främmande för den icke förtrogne. Dessa uttryck och begrepp utkristalliserades emellertid efterhand genom en inventering inom olika discipliners forskning där jag följt min tolkning av Choos (1999, s. 23-26) ”information management cycle” (Figur 1) i en kvalitativ arbetsgång, som för mig innebar en reflexionsprocess omkring framträdande patientsäkerhetsrelaterad information från olika databaser (tidskrifter/källor).

[48] Se bilaga med sökord och söksträngar i Lagerstedt (2008) *Omvärldsbevakning: skadeprevention med fokus på patientsäkerhet i (hemsjukvård)*, examinationspaper från litteratur inventeringskurs HT 2008, vid Linköpings universitet (I författarens ägo).



Figur 2 Information management cycle. Efter: Choo (1999, s. 24)

På samma sätt som en intelligent organisation måste förstå, beakta och lära av extern omvärld inför ”vettigt” beslutsfattande, har jag försökt förstå, beakta och lära om patientsäkerhetsproblematiken vid vård i hemmet, genom att eftersträva en ”vettig” sökstrategi genom att leta relevant pågående forskning utifrån till den framträdande problembilden av delstudie 1.

Efter upprepade provsökningar i olika databaser vid tre olika universitetsbibliotek[49], blev slutligen en studie rörande järnvägsbranschen ett slags ”genombrott” och ”vägvisare” inför val av referensram och teoretiskt perspektiv. När flertalet geografiskt utspridda aktörer utför ett arbete i en komplex säkerhetskritisk järnvägsbransch, beskrevs utmaningen inom järnvägsbranschen kunna vara att upprätta och bibehålla en så kallad gemensam och delad situationsmedvetenhet (Roth, Multer och Raslear, 2006). Denna problematik liknande de utmaningar som den första explorativa delstudien indikerade. Efter fortsatt inventering rörande ”shared situation awareness” visade det sig att forskning som inbegriper frågor om delad situationsmedvetenhet samt IT- hjälpmedel (beslutsstöd) för att främja detsamma i säkerhetskritiska miljöer när flertalet aktörer behöver samverka men är geografiskt utspridda, var praktiska utmaningar som under lång tid sysselsatt den militära branschen och som befann sig inom den ledningsvetenskapliga forskningsdomänen under begreppet ”ledning” vid Försvarshögskolan i Sverige - med beröringspunkter till området ”Command and Control Science”. Delad situationsmedvetenhet inom ett team även är något som uppmärksammats och allt mer framhålls som betydelsefullt för patientsäkerheten (Mackintosh, Berridge och Freeth, 2009), samtidigt som de framträdande kontextuella förutsättningar med i synnerhet flertalet geografiskt utspridda och många involverade vårdaktörer på distans framstår som betydligt mer komplicerat rörande ”delad situationsmedvetenhet” i jämförelse med vad som kan förväntas i ett slutenvårdssammanhang och när vård levereras och utförs av en aktör (vårdgivare)[50].

Sammanfattningsvis har den genomförda litteraturinventeringen gjorts inom ramen för en explorativ fallstudiebaserad forskningsstrategi, och sammantaget bidragit till såväl en bredare kontextuell förståelse för forskningsproblemet, som ett motiverande underlag inför val av ledningsvetenskapligt perspektiv givet den framträdande patientsäkerhetsproblematiken. Det viktigaste ”resultatet” av litteraturinventeringen utöver ett beslutsunderlag inför val av lämp-

[49] Försvarshögskolan (FHS), Kungliga tekniska högskolan (KTH) och Linköpings universitet (LiU).
[50] Här avser jag till exempel en arbetssituation där samtliga parter finns närvarande i ett fysiskt rum som ett ”team” runt en patient i realtid, vilket rimligtvis inte är jämförbart med en arbetssituation med ett geografiskt utspritt ”team” – vilket kan vara fallet när patienten befinner sig i hemmet.

lig referensram och teoretiskt perspektiv, var den insikt jag kom fram till rörande den påtagbara svårigheten att hitta relevant och pågående forskning rörande ett konkret och praktiskt problem i vårdpraktiken. Detta främst eftersom olika vetenskapliga discipliner använder olika slags terminologi och fackuttryck, vilket får stor betydelse för val av sökord och sökkedjor samt synen på vilka databaser som är de mest lämpliga. Olika högskole- och universitetsbiblioteks profil och inriktning sätter en ofrånkomlig gräns för vilka slags publikationer som kan hittas, varför ett sökord och söksträng även kan fungera i ett sammanhang men inte i ett annat. Utbudet av och tillgången till databaser och vetenskapliga tidskrifter visade sig vara starkt knutet till det kontextuella sammanhang som (till exempel lärosäte och disciplinär inriktning) som jag utgick från. Min bedömning utifrån egen erfarenhet rörande litteraturinventering går således i linje med Lawrence (2008), i den bemärkelsen att även jag ser det som möjligt att gammal kunskap riskerar reproduceras och att nya rön kan utebli. Att bedriva vad Wigblad och Jonsson (2008) beskriver som praktikdriven teori genom bland annat praktikertankning, det vill säga där forskningsproblemet formuleras, konstrueras och utvecklas i samspel med kunniga praktiker och praktikens behov – kan således vara ett sätt att komma vidare med forskning och nya pragmatiska rön inom ämnet skadeprevention.

Ovanstående tillvägagångssätt har inneburit en arbetsgång som sökt överbrygga svårigheter att hitta information omkring de aspekter som framträdde av delstudie 1, eftersom olika vetenskapliga discipliner använder olika slags terminologi och uttryck som varit mer eller mindre bekant för mig. Detta var något som förutsatte en situationsanpassad sökstrategi där mitt val av sökord och sökkedjor samt synen på vilka databaser som är de mest lämpliga utvecklades efterhand, och genom de intressantaste och relevantaste referenser och källor som framkom – dessa referenser och källor fick därefter utgöra ett vägledande underlag i sökprocessen. Tillvägagångssättet kan kallas för ett ”snöbollsurval[51]” tillämpat i ett informationsinventerings-sammanhang i tvärvetenskaplig anda.

2.3.4 Triangulering

Triangulering är en strategi och teknik som användas inom samhällsvetenskap, för ökad trovärdighet och tillförlitlighet omkring ett studerat ämne eller företeelse. Trianguleringen kan beröra såväl metodiken där olika metoder används, antalet forskare (flera observatörer av något), teoretiskt perspektiv där flera olika infallsvinklar och perspektiv används - som informationskällorna där flera olika källor används (Bryman, 2002, s. 260).

Den sammansatta interna[52] bild som framträdde rörande patientsäkerhetsproblematiken i avhandlingsarbetets inledande första fas: delstudie 1 (intervjustudie), föranledde ett behov av en efterföljande och en komplementär studie av datamaterial rörande efterfrågad och pågående vård inom ASiH i delstudie 2 (dokumentstudie av remisser). Detta för att spegla intervjustudien med en alternativ källa. Ett liknande triangulerande förfaringssätt återfinns i forskningsstu-

[51] På samma sätt som snöbollsurval kan handla om urval av relevanta informanter genom tips (Bryman, 2002, s. 115), har jag med ett slags snöbollsurvalstänkande sökt publikationer med genomförd/pågående forskning av relevans för de företeelser och omständigheter som framträdde genom min explorativa fallstudiestudie. De sökord/sökteman som utgjort mitt utgångsläge finns sammanställda i ett dokument i min ägo (Lagerstedt, 2008).

[52] Med ”intern bild” avser jag att delstudie 1 utgår från exemplet ASiHs vårdpraktiska perspektiv rörande patientsäkerhetsproblematiken så som den framträdde då, och givet dåvarande stödsystem, kontextuella betingelser och ramvillkor.

diens andra fas, rörande genomförandet av delstudie 3 – vilken utgörs av tre olika och till varandra komplementärt datamaterial; intervjustudiematerial, remissmaterial samt nya styrdokument och ramvillkor. Forskningsstudiens andra fas utgör ett komplementärt och jämförande datamaterial till forskningsstudiens första fas, rörande hypotetiska ledningsbehov för säker intermediär multiorganisatorisk vård på distans i nätverksform – där hemmet utgör huvudsaklig vårdplats.

I en fallstudiebaserade forskningsstrategi har jag betraktat och eftersträvat triangulering i genomförandet av min forskningsstudie rörande såväl den första som andra fasen, dels som en möjlighet till alternativa datakällor – dels för att eftersträva trovärdighet.

Triangulering har sammantaget: för det första handlat om en jämförande ambition (olika datamaterial) i såväl forskningsstudiens första som andra fas, vilket möjliggjort såväl en alternativ informationskälla som komplementärt material. För det andra genom att såväl pröva som återkoppla mina empiriska iakttagelser från två olika källor till vårdpraktiken i den första fasen[53], som då kunde betraktats som ”medforskare” i visst avseende. För det tredje genom att genomföra en ämnesmässigt bredare litteraturinventering, för att avslutningsvis i uppsatsen kunna ”utmana” och diskutera mina resultat utifrån andra eventuella alternativa perspektiv än det ledningsvetenskapliga.

I avhandlingsarbetet har triangulering möjligjort ökad kunskap dels rörande patientsäkerhetsproblematiken, och dels rörande uppmärksammade presumtiva ledningsbehov i den första fasen. Avslutningsvis i den andra fasen även avseende kvarstående och eventuella nya presumtiva ledningsbehov för säker intermediär multiorganisatorisk avancerad vård i hemmet.

2.3.5 Val av referensram och ledningsvetenskapligt perspektiv

Utifrån en forskningsstrategi där delstudier och olika moment genomförts explorativt, har Ledningsvetenskapen och dess teoribildning och synsätt på ledning och ledningens syfte genomgående framstått som ett allt relevantare perspektiv genom forskningsstudien. I flera avseenden indikerade det initiala intervjumaterialet och litteraturinventeringen att patientsäkerhetsproblematiken innefattade påtagbart framträdande omständigheter (med tillhörande problemställningar) som befann sig inom den ledningsvetenskapliga forskningsdomänen. Detta eftersom omständigheterna entydigt indikerade betydande och återkommande ledningsproblem, vilket är något som sedan långt tillbaka såväl hanterats, uppmärksammats som undersökts i militära sammanhang genom det betydande samverkans- och samordningsbehov som inatser av olika geografiskt utpridda aktörer medför. Genom den betydande omställningen och förändringen för ASiH under forskningsstudiens andra fas, så framstår det ledningsvetenskapliga perspektivet inte mindre relevant – snarare tvärtom. Detta genom en vision om allt mer vård i hemmet (på såväl distans som med hjälp av monitorering och övervakning av patienter i hemmet genom framväxande ny teknik), men också genom introduktion av vårdval för svårt sjuka patienter som medför ännu flera potentiella samverkansaktörer. Sammantaget aktualiserar pågående utveckling ett fortsatt behov av forskningsfrågor rörande synsätt på ledning och ledningens syfte, när mer vård avser bedrivas och utföras i hemmet ”på distans” och i sam-

[53] Den andra fasen nödvändiggjorde ett annat – men komplementärt vetenskapligt förhållningssätt, se kapitel 2.2.1 respektive 2.4.

verkan genom nätverk från 2013. I avhandlingsarbetet ligger fokus därför på exploration av eventuella kvarstående och nya framträdande presumtiva ledningsbehov för vård i samverkan på säkerhet sätt i hemmet - givet nya kontextuella omständigheter och ramvillkor från 2013 och jämfört med forskningsstudiens första fas 2008.

Fortsatta möjliga ledningsbehov har inneburit att jag genomgående kan motivera en kritisk prövning av ett ledningsvetenskapligt perspektiv, utifrån såväl den framträdande patientsäkerhets-problematiken och vårdpraktikens praktiskt försvårande omständigheter i forskningsstudiens första fas – som utifrån förändrade kontextuella betingelser och ramvillkor i forskningsstudiens andra fas. Yin (2007, s. 61) menar att ett slags ”experimentsituation” kan skapas retrospektivt, där Yin exemplifierar med Graham Allisons (1971) studie av Cuba-krisen. Yin (2007, s. 61) framhåller att nya teorier kan ”prövas” kritiskt vad avser dess relevans som förklaringsmodell på ett lämpligt och tillräckligt intressant fall:

> En sådan studie kan även bidra till ett delvis nytt fokus för framtida undersökningar [...](Yin, 2007, s. 61).

Genom forskningsprocessen har företeelsen ”vårdinsatser” såväl återkommit som framstått som problematiskt, vilket aktualiserar och motiverar tankegångar om ledning av vårdinsatser (insatsledning) eftersom flertalet aktörer (organisationer) inte sällan är involverade omkring patienten på något sätt – och där hemmet avser (eller avser utgöra) utgör basen. Problembilden i forskningsstudiens första fas (delstudie 1 och 2) indikerar många ledningsmässiga likheter med de utmaningar som den militära branschen praktiskt konfronterats med vid fredsbevarande internationella insatser. Dessa omständigheter handlar om (i likhet med vården) att många involverade aktörer kan förekomma, men med olika intressen och uppdrag. Detta medför ledningsmässigt först och främst en begränsad möjlighet till traditionell insatsledning med syfte att samordna, eftersom ingen aktör kan sättas under någon annans befäl - samtidigt som dynamiska beslutsuppgifter[54] kan föreligga och behöva hanteras i realtid. För det andra att förändrade kontextuella betingelser och ramvillkor, kan ha förändrat situationen – ledningsbehov för säker intermediär mulitororganisatorisk nätverksbaserad vård på distans i hemmet. Den svenska militära verksamhetens praktiska insatsledningserfarenhet samt senare ledningsteori utgör den huvudsakliga referensram jag teoretiskt utgått från i min ledningsvetenskapliga retrospektiva betraktelse av exemplet ASiH – i såväl den första som andra fasen. Detta dels eftersom ledningsvetenskap är unikt i Sverige och saknar en direkt förebild internationellt, dels eftersom det hittills (av förklarliga skäl) i princip inte ännu hunnit tillämpats i så stor utsträckning i civila sammanhang.

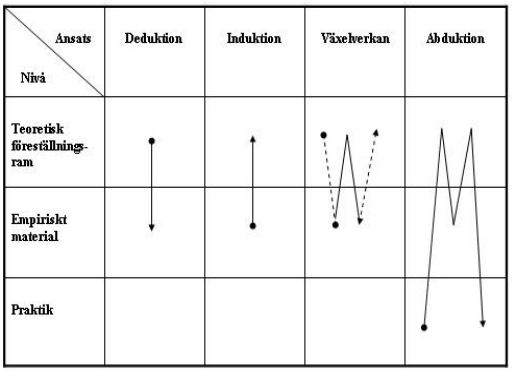
2.3.6 Forskningsstudiens tyngdpunkt

Enligt Wigblad och Jonsson (2008, s. 314-315) får en forskningsstudie som utgått från praktiken en abduktiv tyngdpunkt om;

[54] Med dynamisk beslutsuppgift innebär att en föreliggande eller uppkommen arbetsuppgift kan inrymma och kräva en mängd beslut, som är kopplade till varandra. Händelseutvecklingen kräver då att realtidsbeslut fattas, samtidigt som utmaningen är att urskilja vad som är utfall av vidtagna egna åtgärdar respektive andra omständigheter (Brehmer, 2009d; 1991, s. 186).

> [...] studien har en tung praktikdel – forskaren har egen förtrogenhet som också utgör en utgångspunkt, och/eller arbetar mycket nära personer med stor förtrogenhet (Wigblad och Jonsson, 2008, s. 315).

Vetenskapliga studier kan emellertid enligt Wigblad och Jonsson (2008, s. 314-315), ha olika kunskapsteoretiska tyngdpunkter, något som avgörs av de grundantaganden som utgjort utgångsläget vilket kan göra studien såväl empiri, teori som praktiktung:



Figur 3 Idealtypiska kunskapsteoretiska tyngdpunktsval. Efter Wigblad och Jonsson (2008, s.315, figur 1) Figur återgiven med tillstånd av författare.

Den kunskapsutvecklingsstrategi jag eftersträvat kan relateras till Wigblad och Jonssons (2008) resonemang rörande förtrogenhetens betydelse vid praktikertankning, eftersom jag intagit ett interaktivt förhållningssätt för att öka min möjlighet till förståelse för patientsäkerhetens villkor och vårdpraktikens problematiska omständigheter, risker och utmaningar såsom detta framträder utifrån ett vårdkontextuellt sammanhang genom exemplet ASiH. Samtidigt som min kunskapsutvecklingsstrategi, måste indelas i två olika faser. Enligt Wigblad och Jonssons (2008) figur (Figur 2) kan mitt inledande utgångsläge sägas vara praktiken genom ett interaktivt förhållningssätt och praktikertankning, samtidigt som två explorativa induktiva kvalitativa delstudier genomförts vilka utgör ett empiriskt material. Utifrån den problembild som framträtt genom forskningsprocessen och forskningsstudiens första fas, kom ledningsvetenskapen att utgöra den teoretiska föreställningsram som framstått som relevant att retrospektivt på abduktiv väg söka begripliggöra vårdpraktikens patientsäkerhetsrelaterade problem utifrån.

Den andra fasen av mitt forskningsarbete, liknar den första fasen i den bemärkelsen att praktiken utgjorde mitt utgångsläge genom ”praktiker-tankning”, men enbart med personer i ledande befattning vid den verksamhet som utgör exempel. Mot bakgrund av stor osäkerhet och förestående förändring, så förelåg en betydande ovisshet hos praktikerna omkring vad som kunde studeras och undersökas. Givet situationen med den omfattande omställningen mot vårdval ASiH, och ett nytt avtal som uppfattades i visst avseende som ett ”experiment” med oviss utgång. En angelägen gemensam fortsatt aktuell forskningsfråga var samverkansbehov för säker vård i samband med vårdformen, eftersom även om ASiHs roll skulle förändras mot mer helhetsansvar över patienter, så skulle ASiH inte själva kunna sitta inne med alla resurser som behövs för varje patients unika räkning – flertalet aktörer kunde i alla fall behöva vara

involverade i en intermediär och multiorganisatorisk samspelsform. Samverkan för säker vård, kunde således motiveras mot bakgrund av vikten av tillräcklig resurstillförsel och möjligheter till ett optimerat resursutnyttjandet inom ramen för vårdformen ASiH. Detta innebär att även den andra fasen tog sitt utgångsläge i praktiken, samtidigt som nya explorativa studier genomförts – men där den teoretiska föreställningsramen redan fanns i bakgrunden – men denna gång i ett annat syfte. Inte för att begripliggöra möjliga patientsäkerhetsproblem, utan för att undersöka huruvida och på vilket sätt den i Lagerstedt (2012;2013) tidigare uppmärksammade presumtiva säkerhetsrelaterade ledningsproblematiken kvarstod eller hade förändrats – mot bakgrund av den stora kontextuella förändringen med nya inkommande patientuppdrag med ett helhetsansvar.

Den stora förändringen innebär att mitt empiriska material på ett mer framträdande sätt i den andra fasen utgörs av ramvillkor och styrdokument, utöver en ny explorativ intervju- och dokumentstudie. Därmed har studiens tyngdpunkt förskjutits något i den andra fasen, i den bemärkelsen att det empiriska materialet och den teoretiska ramen fått en mer framträdande position. Detta genom karaktären på det nya datamaterialet – samt den snabba förändringstakten. På abduktiv väg har emellertid ånyo det ledningsvetenskapliga perspektivets relevans ”prövats” – nu beaktat såväl forskningsstudiens första som andra fas. Med abduktion som redskap i forskningsprocessen, hänvisas till Lennart Svenssons (2002) beskrivning av dess innebörd:

> Abduktion är ett sätt att dra slutsatser som skiljer sig från induktion och deduktion. Abduktion betyder att ett fenomen (en enskild händelse) sätts in i ett nytt sammanhang för att skapa en fördjupad förståelse. En sådan förståelse försvåras när ett fenomen ses isolerat från sitt sammanhang eller begränsas enbart till detta. Man kan säga att ett fenomen beskrivs på ett nytt sätt (rekontextualiseras) när det (på abduktiv väg) sätts in i ett nytt sammanhang. Detta sammanhang är konstruerat, d v s skapat med hjälp av begrepp och teorier (Svensson, 2002, s. 179-180).

Mitt utgångsläge kan även relateras till vad Eneroth (1992, s. 136) beskriver som ett ändamålsperspektiv i den bemärkelsen att problematiska företeelser kan studeras utifrån såväl ett problemlösnings- som problemskaparperspektiv, eftersom:

> [...]slutligen är en företeelse inte bara ett svar på vissa omgivande problem. Den utgör dessutom själv ett problem eller skapar problem för omgivningen.[...] Och detta mönster återfinns hos varje företeelse. På ett problem finns alltid flera olika lösningar, där varje lösning skapar nya problem (Eneroth, 1992, s. 136).

Min kunskapsteoretiska positionsbestämning karaktäriseras sammanfattningsvis av att praktiken utgör mitt utgångsläge, och där den teoretiska föreställningsramen fått framträda genom forskningsprocessen och efter avstämning och samspel med fältet (praktiken). Enligt Eneroths synsätt (1992, s. 133) kan ovanstående vägval även sägas innefatta ett teleologiskt förhållningssätt (ändamåls-perspektiv) gentemot patientsäkerhet och samspelsbehov som företeelse och fenomen, eftersom min forskningsstrategi rörande vårdpraktikens patientsäkerhetsrelaterade problem och samspelsbehov för säker vård inneburit att jag: ”[…]försökt förstå företeelsen utifrån ett problemlösningsperspektiv (Eneroth, 1992, s. 133).”

Eftersom kunskapsutvecklingsstrategin inbegripit ett problemlösningsperspektiv, så har både den första och andra fasen en avslutande summering, där första fasen avser de för vårdpraktiken praktiskt försvårande omständigheterna för en säker avancerad hemsjukvård. Samma

slags summering har genomförts forskningsstudiens andra fas, men då avseende det som praktiskt försvårar för säker vård i samverkan mellan ASiH och andra nödvändiga aktörer.

Mot bakgrund av problemlösningsansats har jag genom väsens-metoden (Eneroth, 1992, s. 154-159) summerat utfallet av forskningsstudiens första och andra fas. Summering av resultat från första fasens två delstudier 2008 återfinns i kapitel 7, med avseende på vad som påtagbart kan försvåra eller omöjliggöra det vårdpraktiska genomförandet av avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt.

Summering av resultat från den andra fasens delstudie tre (2012-2013) återfinns i kapitel 9, där resultaten ska betraktas som uppdaterande eftersom de tematiskt utgått från resultaten från 2008 genom en Riktad innehållsanalys (Hsiu-Fang och Shannon, 2005). Summeringen avser vårdpraktiskt försvårande omständigheter rörande samverkans- och samspelsbehov för säker vård, med utgångspunkt från exemlet ASiH.

Genom väsens-metoden har den avslutande summeringen gjorts av de praktiskt försvårande omständigheter som framträtt för vårdpraktiken i syfte att: ”…fånga det kännetecknande, det vill säga de gemensamma kvaliteterna för alla fall av företeelsen (Eneroth, 1992, s. 154).” Den uppdaterande summeringen i kapitel 9 såväl synliggör som utgör en fond av de olika slags möjliga ledningsrelaterade företeelser och svårigheter som uppmärksammats genom ett fokus på vårdpraktikens strävanden för säker vård vid två för ASiH olika tidpunkter - 2008 respektive 2013.

Synen på kunskap och kunskapsutveckling kan indelas i tre olika slags former av kunskap; *episteme* (vetandet = teoretisk/vetenskaplig kunskap), *techne* (kunnigheten = praktisk/produktiv kunskap) och *fronesis* (praktisk klokhet = politisk/etisk kunskap), (Gustavsson, 2000). Episteme karaktäriseras av en mer empirisk och rationell kunskapssyn, medan en handlingsinriktad och pragmatisk syn genomsyrar techne - samtidigt som Gustavsson (2000) relaterar sitt resonemang omkring ”praktisk klokhet” till Aristoteles (384-322 f.Kr.) synsätt och tankegångar omkring fronesis, vilket även inrymmer ett samhälleligt synsätt då det inbegriper såväl etiska som politiska dimensioner omkring mänskligt handlande eftersom:

> Handlingar som kan betecknas med *praxis* kännetecknas av att själva syftet med handlingen är inbyggd i den. En handling kan vara ett ändamål i sig och ha ett egenvärde, men den kan också vara ett medel för ett annat mål. Att göra det bättre för människor och öka deras välbefinnande är ur ett humanistiskt perspektiv att betrakta som det yttersta målet (Gustavsson, 2000, s. 32).

Genom Aristoteles synsätt kan kunskapsbegreppet även vidgas, och därför även inbegripa såväl en praktisk verksamhet som en handling (Gustavsson, 2000, s. 222-224). Kunskap som uppstår genom handling kan emellertid tolkas som en kontrast till traditionell syn på vetenskaplig kunskap - inom vilken teoretisk kontroll utgör ledstjärnan (Molander, 1996, s. 270). Sammantaget har ovanstående utgångslägen och vägval inneburit att jag analyserat, summerat som diskuterat avhandlingsarbetets forskningsresultat med hjälp av såväl praktik, empiri som teori. Att ”Inte bara räkna, utan också förstå”, är samtidigt något som framhålls som betydelsefullt och komplementärt även i mer naturvetenskapligt och medicinskt inriktade forskningssammanhang, och relaterat till de olika problem som kan förekomma till exempel rörande den

nya informationsteknologins betydelse för mellanmänskliga samspel och kommunikation. Samtidigt som kvalitativa ansatser även uppges kunna bidra till en ökad förståelse för beslutsfattare, och särskilt inom områden där det saknas personlig erfarenhet (SBU, 2010, s. 3).

2.4 Fallstudiebaserad metodik som en forskningsstrategi

Hälso- och sjukvården har sedan tidigare redan visat sig vara en komplex högriskverksamhet (Kohn, Corrigan och Donaldsson, 1999; Cook, Render och Woods, 2000; Evans, Cardiff och Sheps,2006; Ödegård, 2006; Ödegård, 2007b), samtidigt som kunskapen om patientsäkerhetsproblematiken är mindre känd vid avancerad hemsjukvård och dessutom en relativt ny och svårdefinierad (mångtydig) företeelse (SBU, 1999). Mot denna bakgrund så fann jag det angeläget och relevant med en explorativ kvalitativ fallstudiebaserad forskningsstrategi, där metodvalet motiverats utifrån Stake (1995) eftersom:

> In qualitative case study, we seek greater understanding of the case. We want to appreciate the uniqueness and complexity of, its embeddedness and interaction with its contexts (Stake, 1995, s. 16).

2.4.1 Fallstudiebaserad forskning

Utgångspunkten i min fallstudiebaserade ansats har varit erfarenhetsbaserad information relaterad till vardaglig yrkespraktik i ett givet kontextuellt sammanhang, såsom detta kommit till uttryck genom forskningsprocessen och kvalitativa delstudier i samspel med kunniga praktiker i två olika tidsmässiga faser – och med utgångspunkt från det empiriska exemplet ASiH. Yin (2007, s. 31) menar att fallstudiebaserade ansatser ska användas om de kontextuella aspekterna anses betydelsefulla:

> Man ska med andra ord använda fallstudiemetoden för att man uttalat vill ta sig an kontextuella betingelser, vilket beror på att man anser dessa har stor relevans för det man studerar (Yin, 2007, s. 61).

Fallstudiebaserad metodik kan därigenom motiveras av den betydande omställning som exemplet ASiH kom att genomgå, och där karaktären på nya data även kom att avgöras av nya kontextuella omständigheter. Mina forskningsresultat är sprungna ur ett fokus på vardaglig yrkespraktik, eftersom en viktig målsättning med forskningen varit att öka kunskapen omkring vilka praktiska nutida och framtida lösningar (såväl tekniska som organisatoriska) som eventuellt kan behövas för att främja en effektiv, högkvalitativ och säkrare avancerad hemsjukvård. Det ledningsvetenskapliga perspektivet och dess teoribildning utgör mitt redskap, där jag på abduktiv ”prövar” perspektivets potential – rent teoretiskt. För detta ändamål har jag funnit en fallstudiebaserad forskningsstrategi som relevant eftersom:

> Fallstudier som tillvägagångssätt är ofta den bästa metoden för att tackla de problem där man måste ha förståelse innan man kan förbättra praktiken (Merriam, 2006, s. 10).

Mot ovanstående bakgrund och i linje med Gummessons (2007) definition vill jag beskriva min forskning som fallstudiebaserad, i den bemärkelsen att jag eftersträvat en förståelse för patientsäkerhetsproblematiken och samspelsbehov som fenomen utifrån ett fall (exemplet ASiH) som är en del av en mindre känd och komplex vårdkontext på väg mot nätverkssjukvård. Detta eftersom Gummesson (2007) menar att:

> Fallstudiebaserad forskning innebär att ett eller flera fall från verkliga livet används som empiriskt underlag för forskning, särskilt när kunskap om ett område helt eller delvis saknas och när det rör sig om komplexa fenomen (Gummesson, 2007, s. 116).

2.4.2 Val av fall i forskningsstudien

Vad avser studier av enskilda fall så bör det första urvalskriteriet enligt Stake (1995) utgöras av förutsättningar för maximalt lärande. Samtidigt som övriga aspekter såsom tid och alternativa vägar ska beaktas. När en enfallsstudie väljs finns det också anledning att vinnlägga sig i ett tidigt skede, att åtkomst och tillträde till de data som behövs är möjligt (Yin, 2007, s. 60-64). Mot bakgrund av att kontakt redan etablerats (och ursprungligen på initiativ från verksamheten själv) och att en intervjustudie genomförts 2006, fann jag förutsättningarna som goda för att maximera lärandet omkring ”patientsäkerhets-problematiken” tillsammans med en verksamhet. Jag har betraktat detta fall som intressant och relevant eftersom det även kan betraktas som unikt, extremt och uppdagande i olika avseenden. Detta eftersom verksamheten även har lång och gedigen erfarenhet och förtrogenhet rörande avancerad hemsjukvård, sin storlek och därmed geografiska utbredning (upptagningsområde) - vilket kan tänkas innebära att de möter många olika situationer avseende patientsäkerhetsproblematiken. Den betydande omställning som planerades, genomfördes och pågick under forskningsstudiens andra fas, gör fallet extraordinärt intressant för att främja ett lärande. Detta eftersom extrema och unika fall kan enligt Yin (2007, s. 61-62) utgöra ett annat motiv till enfallsstudie när det saknas en generaliserad bild av andra jämförande fall. Uppdagande fall utgör ytterligare ett motiv enligt Yin (2007, s. 61-62), vilket kan aktualiseras när forskare får möjlighet att undersöka något outforskat. I mitt fall handlar det även om möjliga ledningsbehov och ledningsmodeller för säker vård i hemmet, som är kongruent med visionen om ett genomförande av nätverkssjukvård.

2.4.3 Vårdform och vårdkoncept som analysenhet

ASiH som verksamhet involveras i olika slags patientuppdrag i samspel med flertalet andra vårdaktörer. I den första forskningsfasen har avancerad hemsjukvård framträtt och betraktats som en *vårdform* i en retrospektiv ledningsvetenskaplig analys. I forskningsstudiens andra fas har avancerad hemsjukvård omprövats och betraktats som ett fenomen i förändring och utveckling, och slutligen framträtt som ett exempel på en del av ett större sjukvårdsproducerande vårdkoncept (nätverkssjukvård) - som avslutningsvis diskuterats ledningsvetenskapligt. ASiH betraktat som vårdform respektive ett sjukvårdsproducerande vårdkoncept utgör därför analysenheter i avhandlingens forskningsstudier, och inte ASiH-verksamheten som sådan.

2.4.4 Avgränsning

Avhandlingsarbetets avgränsning och teoretiska inriktning motiveras och sammanfattas mot bakgrund av otillräcklig forskning, rörande ledningsfrågan genom pågående utveckling mot nätverkssjukvård, vilket handlar om:

Synsätt på ledning, ledningsbehov och ledningssystem för upprätthållande av säker vård på distans, när produktion av sjukvård och omsorg avser initieras eller pågå i nätverksliknande form (med möjligheter till distansövervakning) med hemmet som huvudsaklig bas. Avgränsning och inriktning i doktorsavhandlingen utgår främst från resultat och slutsats i licentiatavhandlingen rörande vårdformen ASiH (Lagerstedt, 2012; 2013), där jag funnit det relevant

med ett alternativt och komplementärt synsätt på ledning för att möjliggöra säker intermediär multiorganisatorisk vård i hemmet.

Jag menar att ledningskontexten och karaktären på de ledningsbehov som uppmärksammats för säker vård i hemmet i samband med en intermediär multiorganisatorisk vårdform (Lagerstedt, 2012; 2013), medför att konventionellt synsätt på ledningsfrågor såsom en fråga om verksamhetsledning för kvalitetsutveckling utmanas och är otillräckligt. Detta inte minst eftersom ASiH inrymmer patientuppdrag som i vårdpraktiken medför att fenomenet komplexa operationer (eller komplexa insatser) kan förekomma eller riskera uppstå. Utifrån Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c; 2012) terminologi och synsätt på ledning är komplexitet särskilt problematiskt och utmanande att ledningsmässigt hantera i praktiken, och i synnerhet utifrån konventionella verksamhetsledningsmetoder med ett inåtriktat[55] synsätt på ledningsbehov. I avhandlingen berörs därför inte konventionella företagsekonomiska och verksamhetsinriktade ledningsprinciper för kvalitetsstyrning av verksamhetens "innehåll", med långsiktig utveckling och styrning av hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Sammantaget innebär avhandlingens avgränsning att initialt fokus riktats ånyo mot exemplet ASiH som en del av ett framväxande sjukvårdsproducerande vårdkoncept (nätverkssjukvård). Detta då ASiH avser från 2013 riktas till flera nya patientgrupper och inte minst svårt och obotligt sjuka patienter med andra slags progredierande sjukdomstillstånd än cencersjukdomar – och inte sällan äldre långtidssjuka människor. Avhandlingens syfte inbegriper inte insatser av förebyggande och hälsofrämjande karaktär till i övrigt friska människor med hjälp av olika slags e-hälsoteknologier, och där tillfälliga avancerade sjukvårdsinsatsbehov föreligger. Genom denna avgränsning faller ”hälsofrämjande sjukvård”[56] utanför mitt studiefokus. Anledningen är att avhandlingen främst uppmärksammar patientgrupper med sjukdom som fortskrider där vårdbehoven ofrånkomligen främst tilltar över tid, vilket är fallet vid svåra, obotliga och progredierande tillstånd[57]. Samtidigt som just detta ska för patient, eventuella förekommande närstående och involverad personal hanteras på ett så säkert, tryggt och värdigt sätt som möjligt - med såväl medicinsk lindring, omvårdnad som annat nödvändigt stöd. Detta i huvudsak i hemmet.

2.5 Design och genomförande av forskningsstudien

Avhandlingen bygger på kunskapsmaterial med icke numeriska data, som utvecklats genom en fallstudiebaserad forskningsstrategi. Olika slags kvalitativa studier har genomförts, och

[55] Ett inåtriktat synsätt på ledning (i militära sammanhang) kan exemplifieras med när/om ett förband (som behöver inriktas och samordnas) i samband med ett uppdrag enbart tar ansvar för den egna insatsen. Vilket inte säger något om vad som ska åstadkommas i sin helhet med uppdraget – det vill säga vilken effekt som ska uppnås (Brehmer, 2006a,b). ”Forskningen inom ledningsvetenskap är inriktad mot att förstå vad ledning av insatser innebär och kräver (Försvarshögskolan, 2013).”

[56] Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är ett svenskt nätverk, sedan 1996. HFS härrör från en av WHO 1993 initierad internationell motsvarighet: Health Promoting Hospitals and health services (HPH). Flera aktörer i Sverige ingår i nätverket HFS, och även det aktuella landstinget för det empiriska exemplet i avhandling. Visionen är en hälsofrämjande sjukvård för alla, där olika perspektiv avser skapa en helhet för att främja detsamma. För mera information om Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (1996), se: www.hfsnatverket.se [Länk tillgänglig: 2014-09-17].

[57] Samtidigt som förebyggande och hälsofrämjande insatser och e-hälso-teknologier givetvis kan utgöra ett inslag i vården, även för obotligt långtidssjuka patienter med progredierande sjukdomstillstånd.

material studerats med utgångspunkt från ett empiriskt exempel: ASiH. Allt kunskapsmaterial såväl berör som exemplifierar utifrån två tidsmässigt olika faser för ASiH, och berör september – december 2008 och december 2012 – augusti 2013. Forskningsstudien utgår från en större verksamhet i en storstadsregion i Sverige och innefattar olika kvalitativa studier; två intervjustudier, två dokumentstudier av patientjournalhandlingar samt explorationer av diverse styrdokument och ramvillkor.[58] I arbetet med genomförda delstudier och det material som studerats har ett explorativt och teorigenererande syfte varit vägledande för mig, samtidigt som forskningsstudiens andra fas präglats av ett mer kritiskt förhållningssätt med ”misstankens hermeneutik”[59] som inspirerande ledstjärna.

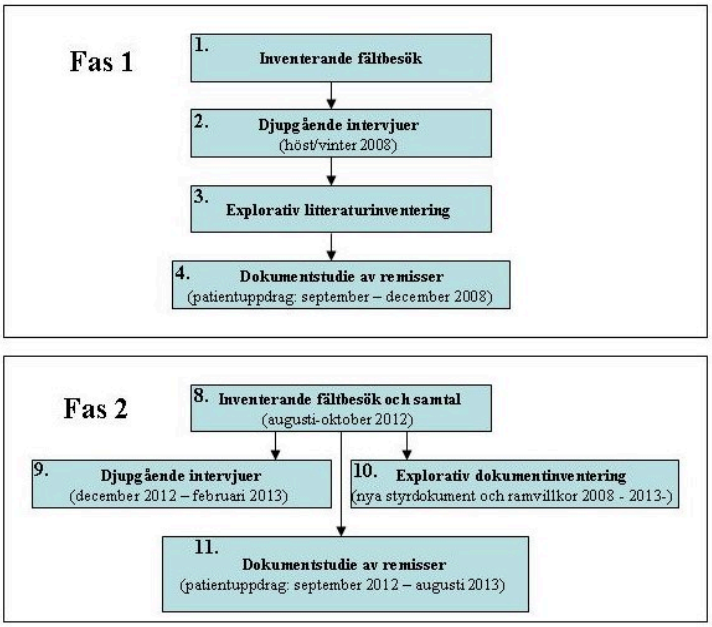
Den första fasen utgörs av en inledande intervjustudie för bredare och djupare kontextuell förståelse för ”patientsäkerhetsproblematiken” – betraktat som ett fenomen. I centrum för den första delstudien stod frontlinjepersonalens erfarenheter och möten med riskfyllda och problematiska företeelser och omständigheter, avseende såväl vårdtagarnas säkerhet som personalens arbetsförhållanden vid avancerad hemsjukvård. Efterföljande delstudie 2 utgjordes av en dokumentanalys av patientuppdrag (inkommande remisser), som gav en bild av de uppdrag, problem och utmaningar som vårdpraktiker ställdes inför i frontlinjen. Delstudie 2 har genomförts dels i triangulerande syfte som alternativ datakälla, dels som en kritisk kompletterande studie eftersom delstudie ett indikerade att patientsäkerhetsproblematiken kunde vara relaterad till patientuppdragens karaktär samt mängden involverade vårdaktörer.

Forskningsstudiens andra fas har en liknande design som den första, med djupgående intervjuer och dokumentstudie av inkommande remisser (patientuppdrag). Till skillnad från första fasen har denna fas krävt flera andra moment med en betydande genomgång av en stor mängd nytillkommen information, rörande styrdokument, och andra handlingar som avspeglar pågående vårdreformer och politiska ”framtidsvisioner”. Deras kontextuella betydelse för avhandlingens forskningsproblem innebär att de i forskningsstudiens andra fas utgör nya viktiga data. I den andra fasens intervjustudie står samspelsfrågan för säker vård i centrum i samband med ASiH genom nytillkomna ramvillkor mot nytt uppdrag. I likhet med den första fasens intervjustudie så har intervjustudien kompletterats med nya data genom en dokumentstudie rörande nya patientuppdrag. Detta i triangulerande syfte och som alternativ datakälla, men främst för att kunna exemplifiera och få en bild av förestående nya breda patientuppdrag inom ramen för ASiH som sjukvårdslösning. Omställningen i sig självt kom emellertid att utgöra nya data (nya kontextuella ramvillkor) som viktig ”påverkansfaktor” för avhandlingens empiriska exempel i förändring. Detta har medfört att jag tagit intryck av en ”misstankens hermeneutik” i den bemärkelsen att jag eftersträvat ett öppet sinne i kombination med ett kritiskt tänkande, i syfte att möjliggöra ett självständigt vetenskapligt förhållningssätt.

Avhandlingsarbetet har innefattat två olika studiefaser, där olika slags kunskapsmaterial från dessa utgör avhandlingens samlade kunskapsfond med utgångspunkt från det empiriska ex-

[58] Detta inkluderar även information som hämtats från en webbaserad informationsportat som riktas till vårdgivare, vars syfte är att utgöra ett kommunikationsverktyg mellan en hälso- och sjukvårdsnämnd ”beställaren” (politikerna) och utföraren (vårdgivarna) - ny viktig information läggs löpande ut som "styrdokument" och vägledning till vårdgivarna.
[59] Se kapitel 22.1 rörande ”misstankens hermeneutik”.

emplet ASiH – avseende möjliga ledningbehov för säker resurseffektiv vård (Figur 4). Figur 5 ger en innehållsmässig översikt av det kunskapsmaterial som avhandlingen bygger på. För forskningsstrategins design och genomförande i sin helhet med övriga moment (5-7;12-13), nedan för detaljerad beskrivning i kronologisk ordning:



Figur 4 Avhandlingens kunskapsmaterial från två tidsmässigt olika studiefaser - en översikt (egen figur).

För att göra analysprocessen så transparent som möjligt, så redovisas det metodmässiga tillvägagångssättet mer detaljerat i direkt anslutning till presentation av respektive delstudies resultat. Kunskapsmaterialet bildar en fond i en retrospektiv ledningsvetenskaplig betraktelse med analys av företeelsen ASiH i utveckling som avhandlingens analysenhet – där ASiH utgör exempel på en intermediär och multiorganisatorisk vård- och omsorgslösning i förändring på väg mot att bli en del av nätverkssjukvård. Min explorativa fallstudiebaserade forskningsstrategi inbegriper följande arbetsgång och moment, och har mer konkret genomförts i linje med nedanstående kronologiska procedur:

1. *Inventerande fältbesök*, dels i form av besök ute i fält med sjuksköterskor och undersköterskor dels genom besök och informella samtal vid överenskomna tillfällen.

2. *Djupintervjuer*, som genomförts vid verksamheten och som diskuterats och återkopplats i olika forum och vid överenskomna tillfällen, och som återfinns i ett kapitel sammanställt som tre berättelser.

3. *Explorativ litteraturinventering,* som genomförts i syfte att inventera pågående forskning om den framträdande patientsäkerhetsproblematiken.

4. *Dokumentstudie,* som utgörs av en journalgenomgång av inkommande remisser (förfrågan om vårduppdrag för patienter) inom ramen för ASiH under den tidsperiod som djupintervjuerna genomfördes, och som återfinns i ett kapitel sammanställt som tre framträdande teman.

5. *Medverkan i ett större forum,* som möjliggjorde en återkoppling och diskussion av mönster och resultat av genomförda delstudier, som ”prövning” av ett ledningsvetenskapligt synsätt.

6. *Datasammanfattning,* som innebar en summering av de återkommanden företeelser i vårdpraktiken som visat sig påtagbart kunna försvåra eller omöjliggöra avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt. Datasammanfattningen är genomförd utifrån väsens-metoden (Eneroth, 1992).

7. *Analys – en ledningsvetenskaplig betraktelse och diskussion,* som innebar en ”prövning” på abduktiv väg av ett ledningsvetenskapligt synsätt på vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem 2008 som presumtiva ledningsproblem – ett synsätt som inte prövats tidigare.

8. *Inventerande fältbesök och samtal*, i form av besök och informella samtal vid överenskomna tillfällen - främst med personer i ledande befattning i aktuell verksamhet med syfte att hitta en gemensamt relevant forskningsfråga av betydelse för säker vård i hemmet i samband med den ASiHs förändring med nya styrdokument och ramvillkor.

9. *Djupgående intervjuer*, som genomförts och inkluderar dels nya och gamla medarbetare (frontlinjepersonal) inom ASiH verksamheten och dels några externa viktiga eller större remittenter/samspelspartners inom ramen för vårdformen. Intervjuerna är genomförda mitt under övergångsfasen mellan det ”gamla” och ”nya” ASiH. Syftet med intervjustudien kom att utvecklas och övergå till att även innefatta ett inventerande syfte rörande omställningens innebörd i vidare bemärkelse, dels mot bakgrund av den oväntat stora förändring som pågick dels mot bakgrund av att ett nytt slags ASiH framträdde genom en betydande kompetensmässig utveckling och organisatorisk expansion – med ny breddad inriktning. Information som rör inventering rörande förändring utgör nya data.

10. *Explorativ dokumentinventering*, som genom en betydande utveckling sedan 2008 av betydelse för ASiH inkluderar en inventering av nytillkomna avtal, ramvillkor, styrdokument och politiska framtidsvisioner - samt viktiga avslutade/pågående utredningar med mera rörande utvecklingen mot allt mer såväl avancerad som kommunaliserad vård i hemmet - utförd i både offentlig som privat regi.

11. *Dokumentstudie,* som utgörs av en explorativ genomgång av inkommande remisser (förfrågan om vårduppdrag för patienter) till ASiH. Dels under den tidsperiod vid tidpunkten omkring intervjuerna, och dels efter den 15e januari – då det nya avtalet trädde i kraft med nya patientuppdrag inom ramen för ASiH. Studien ger en bild av "nuläget" och exemplifierar nya breda uppdrag.

12. *Datasammanfattning med resultatanalys av möjliga säkerhetsrelaterade ledningsbehov avseende 2013-jämfört med 2008,* som innebar en Riktad innehållsanalysmetod (Hsiu-Fang och Shannon, 2005) genom att tematiskt explorera med utgångspunkt från tidigare resultat (problembild och forskningsfynd från 2008). Detta dels rörande aktualiteten av vårdpraktiskt försvårande omständigheter för säker intermediär multiorganisatorisk vård i samverkan mellan nödvändiga aktörer. Dels rörande möjligt fortsatt ledningsbehov och ledningssvårighet i strävandet mot säker vård i samverkan - genom ny inriktning för ASiH med bredare patientmålgrupper. Datasammanfattningen i första fasen är genomförd utifrån väsens-metoden i kapitel 7 (Eneroth, 1992). Datasammanfattningen i andra fasen återfinns i kapitel 9, och är även den genomförd med väsens-metoden (Eneroth, 1992) - men med hjälp av en Riktad innehållsanalys med en kritiskt hermeneutisk ambition.

13. *Ledningsdiskussion med utgångspunkt från exemplet ASiH 2013,* vilket innebar en retrospektiv teoretisk ”prövning” på abduktiv väg med ett ledningsvetenskapligt synsätt på säkerhetsrelaterade samverkans- och samspelsbehov för säker vård i samband med ASiH – där vårdpraktikens samverkans- och samspelsproblem betraktas som presumtiva ledningsbehov av betydelse för säker vård inom ramen för en framväxande nätverkssjukvård.

Den första fasens genomförande rörande (punkt 1-5) har präglats mer av interaktiva inslag, där forskningsproblemet inbegriper både erfarenhetsbaserad kunskap och förtrogenhet med

praktiken som utgångsläge. Detta innebär att det forskningsproblem som står i centrum i den första fasen har framträtt genom forskningsprocessen och genomförda delstudier, och där avancerad sjukvård i hemmet i första fasen betraktats som en vårdform – vilken i sin tur utgör en analysenhet och företeelse som sätts i centrum för en retrospektiv ledningsvetenskaplig analys och efterföljande diskussion (6-7). I den första fasen undersöks och besvaras om och hur vårdpraktikens patientsäkerhetsrelaterade problem och praktiskt försvårande omständigheter kan begripliggöras som presumtiva ledningsproblem, och därmed förbättras eller åtgärdas med hjälp av effektivare ledning – betraktat som funktion.

Den andra fasens introducerades i interaktiv anda (8-9), men fick förändras genom det snabba förändringsförlopp med pågående omställning mot nytt uppdrag, nya patientgrupper med konkurrens över större geografiskt område samt vårdval inom verksamhetsgrenen ASiH. Avhandlingsarbetets andra fas (9-13) präglats därför av mer hermeneutiska inslag (genom steg 9-12), eftersom behovet av andra slags angelägna data behövde framträda explorativt efterhand genom intervjustudien, dokumentstudier (remisser), informella samtal samt dokumentinventeringen med nya slags kontextuella omständigheter innehållande bland annat politiska framtidsvisioner, styrdokument och ramvillkor. Dokumentstudien av remisser i den andra fasen (11) innefattade flera inventerande moment i avgränsade syfte, som inkluderande en genomgång av remisser såväl innan, under som efter introduktionen av vårdval. En datasammanfattning och resultatanalys (12) har genomförts i den andra fasen med avseende på presumtiva säkerhetsrelaterade ledningsbehov inom ramen för ASiH. I den andra fasen har ASiH betraktats som en företeelse och exempel på en vård- och omsorgsproduktion - där ASiH som företeelse utgör analysenheten och inte verksamhten som sådan (13). Den andra fasen utgår från den första fasens resultat och slutsatser, men andra fasen ger även en komplementär och uppdaterad bild av ASiH som företeelse och dess nya kontextuella ramvillkor, där data insamlats under en kritisk omställningsfas för ASiH mot nätverkssjukvård med ett nytt helhetsansvar och vårdval för patienter enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Genom den fallstudiebaserade forskningsstrategins explorativa design och genomförande, undersöks och besvaras ledningsfrågan rörande säker vård i samverkan med hemmet som huvudsaklig vårdplats. Ledningsfrågan avser år 2013 och därefter, och berör såväl frågan om vad och i så fall hur (utifrån exemplet ASiH) vad behöver ledas, genom inslagen väg mot nätverkssjukvård – beaktat nya patientuppdrag och de förändrade ramvillkoren från 2013. Detta innebär ett retrospektivt ledningsvetenskapligt synsätt på möjliga ledningsbehov – där ledning betraktats som en hypotetisk funktion som inte nödvändigtvis förutsätter en person.

3. Ledningsvetenskaplig referensram

I kapitlet ges inledningsvis en introduktion rörande den ledningsvetenskapliga forskningens framväxt, samt dess inriktningar, målsättning, problemställningar och forskningsrön. Därefter presenteras modeller och teorier rörande effektiv ledning och ledningssystem när det gällller insatser, samt för avhandlingen viktiga ledningsvetenskapliga begrepp, resonemang, uttryck och pågående utvecklingstendenser. I kapitlet klargörs även företeelsen komplexa operationer, ledningsnivåer och de synsätt på ledning som förekommer i militära sammanhang.[60]

3.1 Ledningsvetenskapens framväxt, innebörd och utvecklingstendens

Ledningsvetenskapen - som utvecklats vid Försvarshögskolan (FHS) i Sverige - är ett nytt akademiskt ämne under pågående utveckling (Brehmer, 2008c). Utifrån en ny grundbok och lägesrapport rörande ämnets karaktär och forskningsproblem de senaste 15 åren, så formuleras ämnet som en designvetenskaplig forskningsdisciplin som berör ledning av insatser (Brehmer, 2013). Ledningsvetenskap saknar idag en direkt nationell och internationell förebild. Samtidigt som ledningsvetenskap uppges vara en direkt följd och vidareutveckling av forskningsämnet och tillika konceptet ”Command and Control Science”[61], vars syfte var att skapa underlag inför de nya ledningssystem som IT (informations- och kommunikations) - revolutionen medförde i främst militära sammanhang. Studier och forskning om ledning av insatser har hittills bedrivits genom bland annat det amerikanska försvarsdepartementets ledningsforskningsprogram CCRP (Command and Control Research Program)[62], samtidigt som ämnet utvecklats vidare vid FHS där det fått en betydligt bredare innebörd (Brehmer, 2008c). Bakgrunden till den bredare innebörden är bland annat att föreliggande definitioner på ledning - i såväl amerikansk som svensk försvarsmakt – inte inbegriper frågan om att åstadkomma effekter, och där Brehmer (2006a,b) hävdar att såväl ledningsdoktriner som definitioner ofta riktar fokus i fel riktning oavsett vilken försvarsmakt det är tal om eftersom:

> […] uppmärksamheten [är] vänd inåt mot det egna förbandet, mot vad chefen skall göra med sina styrkor och vilket ansvar han eller hon har. Men de säger inget om att något också skall åstadkommas med styrkorna, d v s, vilka effekter som skall uppnås (Brehmer, 2006b, s. 64-65).

Den ledningsvetenskapliga forskningen vid FHS avser stödja utvecklingen av samhälleligt ändamålsenliga ledningssystem för insatsledning, såväl civilt som militärt. Detta har medfört ett behov av en fördjupad förståelse om ledningens innebörd och dess villkor, samt vilka hjälpmedel som kan krävas innefattande såväl organisation, procedurer, informationsteknik m m. (Försvarshögskolan, 2009). Hittills är det emellertid främst inom den militära sektorn som ledningsvetenskapliga studier aktualiserats, med syftet att bidra till en kunskapsutveckling om ledning av insatser[63] i föränderliga och komplexa situationer. Detta inbegriper frågor som berör ledningssystem, organisation, procedurer och informations- och kommunikationshjälp-

[60] Kapitlet utgör referensramen i kapitel 9 respektive 14.

[61] ”Command and control” är ett anglosaxiskt begreppspar, vars innebörd enklast översätts som ”att leda” på svenska. För vidare diskussion omkring begreppsdiskussionen se till exempel Brehmer (2009a, s. 36-37).

[62] CCRP, och dess tidskrift *The International C2 journal* är numera nedlagd, men fanns mellan 1994-2011 (Brehmer, 2013). För vidare läsning se: www.dodccrp.org [Länk tillgänglig: 2013-11-11].

[63] Insatsledning förekommer även i civila sammanhang, som i till exempel Räddningstjänstens verksamheter. Brehmer (2009a, s. 31; 2013, s. 46-48, 93, 139-152) påpekar att Räddningstjänstens insatsledning har stora likheter med insatsledning i militära sammanhang, samtidigt som den avgörande skillnaden är att en brand inte har för avsikt att ”besegra räddningskåren” – varför såväl ledningsproblem som designkriterier för och krav på ett ledningssystem skiljer sig åt.

medel, som kan främja inriktning och samordning mellan olika aktörer i ett militärt sammanhang. Effektiv ledning och kunskap om samverkan och samspel i civila sammanhang i samband med samhällskriser, stora påfrestningar och olyckor, utgör exempel på ett nytt forskningsområde utanför den direkta militära domänen där ledningsstudier påbörjas för ökad förståelse rörande ledning och ledningsförmåga för optimerat resursutnyttjande (Försvarshögskolan, 2009; 2013a; 2013b).

Ledningsvetenskapens fokus och tillika forskningsproblem kan sammanfattas som:

> […]inriktning och samordning av resurser i tidsbegränsade insatser på olika nivåer i komplexa och dynamiska situationer som ofta innebär fara för de inblandade och där samverkan mellan aktörer är ett viktigt inslag – i krig och i räddningsinsatser i samband med olyckor och katastrofer (Försvarshögskolan, 2009).

Den ledningsvetenskapliga forskningen kan ha såväl deskriptiv, teoretisk som normativ inriktning (Brehmer, 2009a, s. 60-64)), där målet är att utifrån en vetenskaplig inramning främja en effektiviserad insatsledning med det tydliga utgångsläget att:

> [...]all ledning utövas inom ramen för ett ledningssystem. Begreppet ledningssystem får i detta sammanhang en vid innebörd. Det innefattar inte bara de olika stödsystemen utan också hur ledningen organiseras och de metoder och procedurer som kommer till användning (Brehmer, 2008c, s. 44).

Med en deskriptiv ansats är den ledningsvetenskapliga ambitionen att förstå och beskriva ett ledningssystem (inkluderat faktorer av betydelse för ledning), antingen retrospektivt eller ett befintligt nutida system och där studier av praktiken är ett viktigt inslag tillsammans med doktriner och reglementen (Brehmer, 2009a, s. 60). En teoretisk inriktning kan aktualiseras vid studier av ledningssystem och ledningssystemarbete, där forskningen idag utgår från uttalade grundantaganden för framgångsrik ledning med ambitionen att utveckla hypoteser med stöd av dessa grundantaganden - och slutändan utvärdera dessa i ”skarpt ledningsläge” – det vill säga i praktiken.[64] Den normativa ansatsen handlar om ta fram vetenskapliga kunskapsunderlag som kan förbättra ledningsmöjligheterna, det vill säga hur ledning bör gå till för att nå ett mål och inbegriper således själva doktrinarbetet (Brehmer, 2009a, s. 61-64). Det görs även en viktig distinktion mellan konkreta och abstrakta ledningssystem, där det konkreta (C4ISR-systemet) - utgör ett handfast stöd för chefer och närmsta medarbetare i stabsarbetet såväl i som under ledningsprocessen. Det abstrakta ledningssystemet formar emellertid alltid C4ISR-systemet, och där det abstrakta ledningssystemet utgörs av de tre vitala ledningsfunktionerna[65] som behöver uppfyllas för att möjliggöra effektiv ledning (Brehmer, 2008c).

3.1.1 Ledningsvetenskap – betraktat som en designvetenskap

Ledningsvetenskap kan enligt ovan förstås som att det föreligger ett behov av utveckla ett vetenskapligt kunskapsunderlag, som dels kan främja design och utveckling av nya ändamålsenliga ledningssystem för komplexa sammanhang. Dels utvärdera befintliga eller nya ledningssystem, varav det förstnämnda (design och utveckling) framhålls som huvudinriktning (Brehmer, 2013, s. 161). Ledningsvetenskaplig forskning handlar om studium och konstruk-

[64] För närvarande utgår ledningsforskningen inom FHS från den modell som utvecklats internt: Den dynamiska OODA-loopen (DOODA), se avsnitt 3.5.2.
[65] Se avsnitt 3.5.2 för innebörden av ledningsfunktionerna relaterat till effektiv ledning.

tion av artefakter[66], och i detta fall ett ledningssystem. En artefakt kan i ett ledningssammanhang utgöras av olika faktorer: "…föremål, system, metoder osv. som människor skapat för att hjälpa dem uppnå olika mål (Brehmer, 2013, s. 71)." Det är Herbert Simons (1996) resonemanget om design av artefakter som liggger till grund för den vida innebörden av en artefakt, något som i viss mån även avspeglas genom titeln på Simons (1996) bok *The Sciences of the Artificial.* Det vida artefaktbegreppet exemplifieras av Brehmer (2013, s. 35) med allt från konkreta föremål såsom en dator till mer abstrakta företeelser, såsom socio-tekniska system och mänskliga mentala konstruktioner. Därigenom kan ledningsvetenskap främst betraktas som en designvetenskaplig forskningsdisciplin, som enligt Brehmer (2013) skiljer sig åt från andra vetenskaper på en viktig punkt:

> Till skillnad från natur- och samhällsvetenskaperna som är inriktade mot att studera det som redan finns siktar en designvetenskap mot det som ännu inte finns (Brehmer, 2013, s. 11).

Utifrån detta utgångsläge har ledningsvetenskap därför ett uttalat praktiskt syfte mot "det som kan bli" genom att undersöka det som behövs men ännu inte finns, vars bakgrund handlar om att framstegen inom det informationsteknologiska området såväl skapat behov som möjligjort design av nya slags ledningssystem i takt med IT-tidsandan. I den ledningsvetenskapliga forskningen står därför frågor i centrum som rör information, informationstillgång, representation och användning av detsamma för effektivare ledning (Brehmer, 2013). För att möjliggöra detta pragmatiska mål utnyttjar ledningsvetenskapliga forskare ofta forskningsresultat (tillämpad forskning), men från flera olika vetenskaper:

> Ledningsvetenskapen, utnyttjar resultat från många olika vetenskaper: ingenjörsvetenskap, beteendevetenskap, organisationsforskning, o.s.v. Ledningsvetenskap är sålunda inte en tillämpad vetenskap, det är en designvetenskap (Brehmer, 2013, s. 71).

Designprocessen kräver på så sätt en kreativ arbetsgång, som inrymmer många möjligheter för konstruktören med vägval av nödvändig kunskap för design av ledningssystem. Simon (1996) framhåller att design- och designprocesser ställer särskilda krav på främst konstruktören (den som designar):

> [...] we as designers, or as designers of designprocesses, have hade to be explicit as never before about what is involved in creating a design and what takes places while the creation is going on (Simon, 1996, s. 137).

Sammanfattningsvis handlar ledningsvetenskaplig forskning, betraktat som en designvetenskap, om att förstå vad ledning av insatser innebär och kräver. Det vill säga hur människor med och utan tekniska hjälpmedel i praktiken kan uppfylla nödvändiga funktioner för effektiv och framgångsrik ledning (Försvarshögskolan, 2009; 2013). Brehmer (2013) menar att huvudsyftet med ledningsvetenskaplig forskning som bedrivs i designvetenskaplig anda ytterst bör utmärkas av konstruktion av designförslag som handlar om:

> [...]vad man ska göra för att bättre åstadkomma inriktning och samordning i insatser av olika slag. De vetenskapliga kriterierna blir därför *pragmatiska.* Kriterierna för

[66] Enligt svenska akademins ordlista [2013-10-22] avses med ordet artefakt: "en konstprodukt" eller "ett konstgjort föremål" och med ordet artificiell: "konstgjord, konstlad" (Svenska Akademien, 2013).

> framgång är att man uppnår de mål man satt upp för sin design (Brehmer, 2013, s. 159).

3.2 Ledningsvetenskapligt kunskapsbehov

Frågor som rör ledning och ledningsproblem i samband med insatser är något som länge sysselsatt den militära verksamheten, men genom att samhälle och omvärld förändrats och utvecklats har det visat sig att även de militära ledningsproblemen förändrats över tid och ett flertal betydelsefulla utmaningar har pekats ut. Detta innefattar idag även de nya krav som befattningshavare kommit att ställa på ledningssystemen, inbegripet organisering, metoder och tekniska hjälpmedel för detsamma (Smedberg, 2001; van Creveld, 2003; Persson, 2009).

3.2.1 Ledningsfrågan och teknisk utveckling

> Problemet med att leda och kontrollera väpnade styrkor samt ordna effektivt samband inom och mellan dem, är lika gammalt som kriget självt. En hövding på stenåldern var också tvungen att ta fram en optimal organisation samt hitta metoder och tekniska lösningar för att leda de styrkor han hade till sitt förfogande. Från hans dagar fram till våra har underlåtenhet att fundera på och lösa det här problemet varit liktydigt med att utmana ödet – eller till och med göra det omöjligt för styrkorna att existera (van Creveld, 2003, s. 5).

En högteknologisk utveckling med specialiserade moderna vapenstyrkor och automatiserade system möjliggör till exempel en snabbhet och att verka över allt större geografiska ytor på distans. Samtidigt som överblickbarhet, kontroll och samordning därmed blivit allt viktigare, men samtidigt betydligt svårare att åstadkomma (van Creveld, 2003, s.7). Den sedan länge eftersträvade ”gemensamma lägesförståelsen” är inte oproblematisk trots gemensamma data i ett IT-nätverk, eftersom det kan finnas en skillnad mellan vad det finns förståelse om bland involverade aktörer. Detta är relaterat till såväl vad som matas in i nätverket som ledningsfunktionens förutsättningar till effektivitet (Brehmer och Sundin, 2004, s. 111). Sambands- och databehandlingstekniken har därmed såväl revolutionerat som utmanat ledningsmetoderna, eftersom utvecklingen även aktualiserat frågor som rör teknikens effekter och vilka de optimala användningsområdena egentligen är: beaktat såväl människans som teknikens styrkor och svagheter. Den ledningsproblematik som uppstått utgörs bland annat av svårigheter att hantera stora mängder data (information), vilket utmanat beslutsfattandets förutsättningar trots introduktion av nya staber, tekniker, datorer och hjälpmedel (van Creveld, 2003, s. 7). I militära sammanhang kan order betraktas som såväl ledningens produkt som instrument, eftersom:

> Ett viktigt syfte med ledning är ju att försäkra sig om att man åstadkommer en effekt av insatsen som helhet. De order som ges till de enskilda enheterna måste ske med detta i åtanke (Brehmer, 2013, s. 32).

Studier vid FHS av order, ordergivning och informationsbearbetning i samband med övningssituationer har påvisat betydande tolkningssvårigheter för mottagare av nya okända order - trots rik informationstillgång. Avstämning och återkoppling, muntlig korrespondens och personliga möten har därför visat sig vara av största vikt för involverade parter för att korrekt förstå innebörden av en order (Cedergren och Mattsson, 2003, s. 11):

> [...]en generell svårighet som möter mottagare av order, som man inte själv varit med om att utforma, är att det är svårt att få en entydig bild av vad som skall göras.

> Även när skriftlig order kombineras med bilder krävs en noggrann muntlig delgivning och diskussion innnan orderns intentioner och finesser är rätt uppfattade av mottagaren. [...] Mottagaren måste känna att han har förstått och den högre chefen har behov av att få kvittens på att ordern är korrekt förstådd (Cedergren och Mattsson, 2003, s. 11).

Nya datoriserade lösningar med ökad automatisering beskrivs ha ökat komplexiteten ytterligare, även om avsikten med sambands- och databehandlingsteknik varit att säkra informationsflöden och minska sårbarheten. Samtidigt som en kraftig ökning av ledningskostnader även uppstått, där: ”Organisationer och apparater som hängde samman med insamlande, lagring och överföring av information började så att säga äta upp de väpnade styrkorna inifrån (van Creveld, 2003, s 7).” Detta innebär att teknisk utveckling inte nödvändigtvis minskar ledningsbehovet och sänker kostnaderna för detsamma, utan snarare tvärtom – det vill säga ledning slukar resurser från kärnverksamheten.

3.2.2 Ledningsmässiga utmaningar i komplexa sammanhang – bakgrunden

På senare år har samordnings- och ledningsproblem även uppmärksammas alltmer i samband med vad som benämnts ”komplexa operationer” där ett gemensamt befäl är omöjligt. Detta är en företeelse som hittills främst studerats och uppmärksammats vad avser internationella fredsbevarande insatser (PSO[67]) och civilt när det gäller räddningstjänstens[68] verksamheter (Brehmer, 2008a). Komplexa operationer är en företeelse som enligt Brehmer (2008a) karaktäriseras;

> [...]dels av att behovet av dessa operationer uppstår överraskande, dels av att de kräver insatser från olika organisationer som normalt inte samverkar, eller som i alla fall inte samverkar ständigt. Behovet av komplexa operationer uppstår överraskande inte bara därför att tidpunkten är okänd i förväg utan också därför att vi inte känner deras exakta form och de insatsbehov som kommer att föreligga [...] Det innebär att det inte heller finns något färdigt ledningssystem, ett sådant måste konstrueras s a s på stående fot [...] (Brehmer, 2008a, s. 7).

De ledningsmässiga utmaningarna vid denna typ av uppdrag handlar om att olika involverade aktörer behöver identifiera och hantera de organisatoriska gränsytor som uppstår, i syfte att underlätta för varandra att utföra sina respektive verksamheter. Detta är viktigt i synnerhet eftersom komplexa operationer kräver: ”…insatser från flera olika organisationer och myndigheter i kombinationer som inte kan förutses (Brehmer, 2008a, s. 7).” Enligt Brehmer (2008a; 2010a; 2011) sker hantering av gränsytor vid komplexa operationer bäst genom direkta förhandlingar mellan involverade parter, och att modern informations- och kommunikationsteknologi kan ge nya möjligheter för detta. Det är således en ständig variation och kombination av resursmobilisering som utgör problemet vid komplexa operationer, varför nyckelfrågan rörande ledning därför handlar om hur former för samverkan kan skapas när ett gemensamt befäl är omöjligt.

Ledningsproblematiken i samband med den typ av omständighet som Brehmer (2008a; 2010a; 2013) lyfter fram är känd i militära sammanhang, men de ledningsvetenskapliga erfarenheter, kunskaper och studier som hittills finns inom området är däremot begränsat. Samtidigt som

[67] Peace support operation.
[68] Till exempel skadehändelser, katastrofer och räddningsuppdrag.

betydande svårigheter och utmaningar av olika slag har uppmärksammats, som innefattar frågor rörande såväl ledarskap, uppdragens karaktär, träning som förberedelser samt arbetsprocesser och effektivitet (Essens et.al., 2001). Vid komplexa operationer där såväl civila[69] som militära aktörer involveras, har samverkan utifrån ett traditionellt militärt synsätt visat sig särskilt problematiskt att uppnå. Detta eftersom olika synsätt och möjligheter rörande samverkan kan föreligga bland involverade aktörer, och där lämpliga former för samarbete istället för samordning visat sig mer realistiskt att såväl eftersträva som uppnå (Ahlqvist et.al., 2001). I en studie av ledningsutmaningar (friktioner[70]) i samband med PSOs uppmärksammades av Ahlqvist et. al., (2001) många sociala gränsytor som innefattade en aktörmässig mångfald med kulturella utmaningar, vilket framstod som såväl svårt som nödvändigt att kunna hantera på ett konstruktivt sätt. Ett flertal friktioner framkom på olika ledningsnivåer, vilket sammantaget även utmanade traditionella militära ledningsmetoder och synsätt omkring detsamma. Att kunna möta och hantera den nya typen av framtida multiorganisatoriska ledningsutmaningar, som PSO inbegriper, bedömdes då – för Försvarsmaktens räkning – behöva förutsätta möjligheter till nödvändig förberedelse och träning på nationell nivå och att förvärvade erfarenheter kan fångas upp och tas tillvara inför nya uppdrag. Detta inte minst mot bakgrund av den personalrotation som föreligger vid PSOs.

Det ledningsvetenskapliga kunskapsbehovet är sammanfattningsvis något som framträtt och aktualiserats mycket som en direkt följd av de nya IT-systemens potentiella möjligheter, med en ambition att främja samhälleligt ändamålsenliga ledningssystem för insatsledning i kris- och krigssituationer (såväl civilt som militärt) – även om inriktningen vid FHS främst ligger på vad militär insatsledning innebär och kräver. Sammanget har detta medfört ett behov av en fördjupad förståelse för ledningens innebörd och dess villkor, samt vilka hjälpmedel som kan krävas innefattande såväl organisation, procedurer, informationsteknik med mera. Den forskning som bedrivs avser stödja Förvarsmaktens ledningskoncept, ledningsmetoder och ledningssystem (Försvarshögskolan, 2009; 2011; 2013). Ett pragmatiskt exempel är forskning[71] vid FHS rörande det nya ”ledningsrummet” omkring hur informations- och kommunikationsteknik kan främja ledningsfunktionen, inkluderat det mellanmänskliga samspelet mellan ledare och ledda (Brehmer och Sundin, 2004). Ett annat exempel på aktuell och pågående forskning har nu även koppling till den civila samhällssfären där FHS är koordinator, i forskning som handlar om ”Situationsanpassad ledning och samverkan utifrån ett designlogiskt helhetsperspektiv” för utvecklad kunskap[72] rörande effektiv ledning och samverkan vid kriser och stora påfrestningar i samhället (Försvarshögskolan, 2013b).

---

[69] Civila medaktörer omnämns även ibland som NGOs (Non-Governmental Organisations), vilket även innebär att de kan vara helt självständiga och därför inte stå under någons befäl (till exempel ideella hjälporganisationer).

[70] Med friktioner avses här ett oförutsett hinder/svårighet (mänskligt, tekniskt, organisatoriskt/strukturellt) som påverkar, försvårar eller omöjliggör framgångsrik ledning. Med framgångsrik ledning avser Brehmers (2007; 2008b;c) beskrivning, det vill säga möjligheten för ett ledningssystem att uppfylla de vitala ledningsfunktionerna. För vidare läsning, se kapitel 3.5.2.

[71] Till exempel forskningsprojektet Rörlig Operativ LedningsFunktion 2010 (ROLF), för vidare läsning se Brehmer och Sundin (2004).

[72] Kunskapsutvecklingen avser framtidens ledningskoncept, avseende: "...metoder och indikatorer för att utvärdera ledning och samverkan (MSB, 2014, s.5)."

3.3 Ledning och synsätt på ledning

Uppdragstaktik har sedan lång tid tillbaka utgjort Försvarsmaktens ledningsfilosofi (Försvarsmakten, 2001)[73], vilket i praktiken förutsätter gemensamma grundvärderingar omkring ledning, ömsesidigt förtroende och respekt mellan ledare och ledda på olika nivåer, men också regelbunden och tidskrävande samträning. Svensk uppdragstaktik har sina rötter i tysk ”auftragstaktik”, vilken växte fram som ett svar på den ledningsproblematik som uppstod då befälhavaren inte längre kunde överblicka slagfältet. Detta inkluderade en ny syn på krigets "natur" som friktionsfyllt, kaotiskt och svårförutsägbart (Cedergren och Mattsson, 2003). Även om det skett och pågår en vidareutveckling av Försvarsmaktens hela doktrinarbete (och ledningsdoktrinarbete sedan 2012) - så kvarstår synsättet på ledning i stort, där uppdragstaktiken framhålls som fortsatt grund för all ledning i Försvarsmakten.

3.3.1 Grundsyn på ledningsfrågor samt ledningsnivåer

> Det militära försvarets ledningsfilosofi skall präglas av initiativkraft, självständigt beslutsfattande, individuellt ansvarstagande och ömsesidigt förtroende mellan chefer och personal. Obeslutsamhet och bristande handlingskraft får ofta allvarligare följder än misstag i fråga om tillvägagångssätt (Försvarsmakten, 2001, s. 7).

Ovanstående citat avspeglar uppdragstaktikens innebörd, vilken sedan länge varit det svenska militära försvarets ledningsmetod. I Försvarsmaktens (2001, s. 21) publikation ”Grundsyn Ledning” framgår att uppdragstaktikens byggstenar utgörs av:

- en atmosfär som stimulerar viljan att ta initiativ,
- ömsesidigt förtroende mellan chefer och övrig personal,
- självständiga och handlingskraftiga individer,
- hög utbildningsnivå, samt
- god disciplin.

Uppdragstaktikens såväl förutsätter som bygger på en ”humanistisk” människosyn som innefattar en tillit till självständiga och välutbildade medarbetares förmåga. Vilket inbegriper en tolerans för misstag i en friktionsfylld, kaotisk och svårförutsägbar arbetsmiljö (van Creveld, 2003). Uppdragstaktiken kan sägas gå i linje med den syn på människans natur som McGregor (1960) presenterar i sin bok ”The Human Side of Enterprise”, där människan enligt theory Y betraktas som aktiv, ansvarstagande och lösningsinriktad till sin natur - med en vilja till såväl engagemang, uppfinningsrikedom som självkontroll. Den fundamentalt motsatta bilden på människan som är mer ”instrumentell” benämner McGregory i samma bok som theory X. Theory X innebär att människans natur kräver regelstyrning, tvång, kontroll och hot om straff,

[73] När det gäller synsätt på ledning så pågår ett utvecklingsarbete sedan 2012 som kommit beröra Försvarsmaktens ledningsdoktrin från 2001, vilken ersätts med en ny i närtid (Doktrinbilaga för ledning av Operationer, 2014). Nya Doktrinbilaga för Ledning av Operationer är en del av hela Försvarsmaktens nya doktrin; Militärstrategisk doktrin (2011) och Operativ doktrin. Avhandlingens teoriram refererar till ledningsdoktrin från 2001, eftersom innebörden och synsättet på ledningsfrågan i stort sett är relevant och kvarstår, betraktat med ett ledningsvetenskapligt synsätt (och avseende den teoriutveckling som finns och pågår). Den största skillnaden med doktrinarbetet i stort handlar om att nomenklaturen fortsättningsvis tar hänsyn till (och kommer inbegripa) föreliggande och kommande NATO och EU - standards även inom ledningsområdet.

för att ett arbete ska fullföljas på på ett korrekt sätt. Detta eftersom människan betraktas som lat och med såväl mindre benägenhet som förmåga till självständigt arbete under eget ansvar - där av föreställningen om behovet av kontroll och hot om reprimander som ett framgångsrikt koncept.

När det gäller ledning görs det i militära sammanhang skillnad mellan verksamhetsledning (myndighetsledning) och insatsledning (Brehmer, 2009a, s. 30). Till skillnad mot insatsledning menar Brehmer (2009a, s. 30) att verksamhetsledning även uppvisar likartade karaktärsdrag med företagsledning i allmänhet. Där uppmärksamheten är naturligt riktad inåt mot organisation och produktion av för verksamheten angelägna nyttigheter. I Försvarsmaktens publikation ”Grundsyn Ledning” framgår att verksamhetsledning[74] främst handlar om att leda:

> […] utveckling, vidmakthållande och avveckling av förband, personal, materiel, mark, anläggningar och lokaler. Den kännetecknas av kravet på säkerhet, kvalitet och ekonomisk rationalitet i produktionen (Försvarsmakten, 2001, s. 19).

Vid insatsledning däremot ”…står aktiviteten i fokus, hur den planeras och genomförs för att uppnå [i] förväg uppsatta mål (Brehmer, 2009, s.30).” Skälet till den uppdelningen är att insatsledning inte möjliggörs genom fleråriga planeringscykler, och att anpassning måste vara möjlig till uppgiftens (insatsens) innebörd (Försvarsmakten, 2001, s. 19). Grundsyn Ledning (2001) avspegler en ledningsdoktorin som utgörs av riktlinjer rörande främst insatsledning, samtidigt som samma ledningsfilosofi även ska genomsyra verksamhetsledning. Insatsledning ska dock alltid prioriteras, och ledningssystemet uppges även behöva återkommande träning för att bistå med att lösa Försvarsmaktens uppgifter.

Ledning inom den militära domänen sker på flera nivåer; politisk-strategisk, militär strategisk, operativ och taktisk nivå, som involverar såväl politisk ledning som frontlinjepersonal på taktisk nivå. En så kallad stridsteknisk nivå återfinns under den taktiska nivåns ledning, och avspeglar arbete ute på ”fält”. Indelningen är hierarkisk och där den högsta nivån är styrande, samtidigt nivåerna är överlappande (Försvarsmakten, 2001).

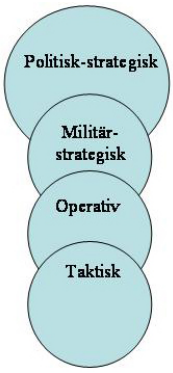
Ledningsbehovet växer i takt med insatsers storlek, eftersom det blir mera resurser (och personal) att samordna och inrikta för optimerad effekt av insatsen – vilken inbegriper såväl ett samordnings- som kontrollspannproblem[75]. En hierarkisk organisation med flera enheter på olika nivåer är ett sätt att söka lösa kontrollspannproblemet. Brehmer (2013, s. 24-25, 77) menar att denna hierarkiska lösning inbegriper insatsens ledningssystem som helhet, samtidigt som så kallade nivåspecifika ledningssystem behövs på varje nivå – för att vertikal kommunikation.

---

[74] Riktlinjer för verksamhetsledning återfinns främst i ”Handbok för försvarsmaktens ledning, organisation och verksamhet (FörLed)” och i ”Handbok i kvalitetsutveckling - grunder för verksamhetsledning (HQ-g)”.

[75] Begreppet kontrollspann (span of control) handlar om hur många personer (kontrollspannets storlek) som det är praktiskt möjligt för en ledare att övervaka, vilket utgör en mycket välventilerad fråga inom organisationsteorin sedan drygt 50 år – och är ännu aktuell, men inget entydigt svar finns då många aspekter behöver vägas in. En hierarkisk organisering med flera nivåer, ger ett smalare kontrollspann (färre medarbetare). Medan en plattare organisering ger att bredare kontrollspann (flera medarbetare), för vidare diskussion och forskning rörande kontrollspann se till exempel Aniander (1998), samt Meier och Bohte (2000).

Figur 4 illustrerar den militära ledningskedjan hierarkiskt, där tanken är att det ska ske en samordning mellan mål och medel. Det vill säga att uppgift och nödvändiga resurser hänger ihop vid insatser. När ledningskedjan är enhetlig och tydlig antas renodlad uppdragstaktik kunna genomföras, och när så inte är fallet kan ledningsmetoden behöva anpassas genom ledning som situationsanpassas. Detta kräver (enligt föreliggande upplaga av ny Doktrinbilaga för Ledning av Operationer): "...förmåga till samarbete, informationsutbyte och förståelse för andra aktörers målsättningar, behov och begränsningar (Försvarsmakten, 2014, s.5)."



Figur 5 Ledningsnivåer, efter (Försvarsmakten, 2002, s. 73).

I en ledningsorganisation för insatser återfinns befälhavaren i Högkvarteret, medan den operativa nivån representeras av olika förbandsslag och insatsresurser som kan formeras som behovssammansatta insatsstyrkor som:

> […] sätts samman med hänsyn till den uppgift som ska lösas. I insatsstyrkorna verkar enheter ur alla typer av stridskrafter samordnat. Beredskapssystemet skall anpassas så att insatsstyrkorna kan sättas in i tid för att lösa förelagda uppgifter (Försvarsmakten, 2001, s. 16.)

Den högsta nivån, den strategiska, inbegriper främst beslut av långsiktig karaktär och hur resurstillgången över tid ska säkras. På denna nivå fastställs de strategiska målen, ofta utan att detaljregleras. Medan den operativa nivån fokuserar på vikten av samordning mellan aktörer (insatser) på taktisk nivå för att nå gemensamma mål. Ledning på den lägsta taktiska och stridstekniska nivå syftar till att snabbt kunna utnyttja lokalt åtkomliga resurser, vilket är ett kortsiktigt perspektiv som kan handla om så lite som enstaka minuter (Smedberg, 2001, s. 281-282; Försvarsmakten, 2002, s. 69-71; Försvarsmakten, 2001, s. 16).

3.3.2 Ledningskoncept och ledningsmetoder

Att leda för att samordna insatser har länge präglat militär verksamhet (Smedberg, 2001, s. 14), och där den militära ledningens huvudproblem har utgjorts av förmågan till samordning och gemensam inriktning mellan personer och resurser för att åstadkomma militära effekter (Brehmer, 2009a). Traditionella hierarkiska ledningsformer i komplexa ledningsmiljöer har kommit att ifrågasättas alltmer, till förmån för mer decentraliserade synsätt och visioner om

självsynkroniserande[76] ledningsformer – vilka står i skarp kontrast till de mer ”ursprungliga” och centraliserade synsätten och ledningsformerna (Brehmer, 2008a; 2009a,b; 2010a; 2011; 2013). Självsynkronisering som fenomen utgör enligt Brehmer (2013) en decentraliserad ledningsform, som föreligger när nedanstående omständighet rent operationellt kan observeras:

> *Selfsynchronizing is observed when a number of units achieve the direction and coordination necessery to handle a mission without a commander doing the directing and coordinating* (Brehmer, 2009b).

Brehmer (2013) skiljer på två ytterligheter när det gäller ledningskoncept[77] – *Enhetlig ledning* (eng. Unity of Command) och *Självsynkronisering*. När det gäller synsätt på ledning och föreställningar om olika principer för ledning, så framhåller Brehmer (2011; 2013) betydelsen av ledningskoncept i samband med ledning av insatser:

> The term ”concept of command” refers to the overall guiding principle for command in an operation or an endeavor which is used to insure that the maximum possible overall effect is achieved (Brehmer, 2011, s. 2).

Enligt Brehmer (2011) förtjänar denna asepekt av ledning en betydligt större uppmärksamhet. Detta i synnerhet mot bakgrund av de så kallade komplexa operationer som Försvarsmakten erfar genom PSOs, vilket väckt frågor om lämpligt och praktiskt möjligt ledningskoncept. Begreppet ledningskoncept avser den skillnad som föreligger i organiseringen av en ledningsprocess, för att åstadkomma inriktning och samordning - som utgör ledningens syfte.

> Ledningsprocessen skall uppfylla samma funktioner hur den än organiseras. Den organisation man väljer kan skilja sig beroende på insatsens karaktär. Begreppet ledningskoncept är avsett fånga dessa skillnader (Brehmer, 2013, s. 131).

Den avgörande skillnad som kan noteras mellan de två metodmässiga ytterligheterna med olika synsätt på ledning, handlar om att ett decentraliserat synsätt inte nödvändigtvis förutsätter en person som ”chefar”, eftersom ledning då istället utgör en funktion i linje med van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2007; 2008c; 2009b) resonemang. Ett funktionsinriktat synsätt ger utrymme för flexibilitet och situationsanpassat beslutsfattande i frontlinjen, något som är alltmera betydelsefullt i nya komplexa ledningsmiljöer som Försvarsmakten möter vid till exempel PSOs (Cedergren och Mattsson, 2003; Brehmer, 2008a,c; 2010a; 2011). Traditionella centraliserade ledningsformer utmärks av en hierarkisk och mer rationellt och instrumentellt syn på såväl ledning som beslutsfattande, som innebär att detaljreglering i form av handlingsregler och standardiserade lösningar präglar beslutsfattandets villkor i frontlinjen. En centraliserad ledningsform medför även såväl minskad möjlighet till situationsanpassning, som längre beslutsgångar och ytterst en risk för ”handlingsförlamning” i frontlinjen i väntan på beslut, instruktioner eller order. Detta eftersom initiativmöjligheten är kringskuren genom ledningens centraliserade karaktärsdrag (Cedergren och Mattsson, 2003; Cedergren, 2003, s. 6-8). Erfarenhetsmässigt har samtidigt framgångsrik centraliserad detaljstyrning på den lokala

[76] Självsynkronisering kan beskrivas som en utveckling av uppdragstaktikens decentraliserade ledningsfilosofi, där chefer för involverade insatsförband: ”…samverkar direkt utan direkta egna uppdrag (Brehmer, 2008a, s. 24).” För vidare läsning om självsynkronisering, se Brehmer (2013, s. 135-137).

[77] Litteratur och forskning rörande just fenomenet ledningskoncept är begränsad, men för en diskussion rörande ledningskoncept i militära sammanhang utifrån olika konkreta historiska krigshändelser, se (Builder et al., 2001).

nivån visat sig förutsätta förtroende hos underställda, samt att en utomordentligt god läges-uppfattning kan uppnås genom känsla och intuition om en situation (Henricsson, 2003, 291-292).

3.3.2.1 Ledningskoncept – betraktat som en fråga om tyngdpunkt

När det gäller innebörden av begreppet ledningskoncept så menar Brehmer (2013), att det i militära samanhang går ta sitt utgångsläge i begreppet tyngdpunkt[78] som avser den punkt från vilken fiendens kraft utgår. Tyngdpunkt är centralt i militär planering, eftersom det påverkar sättet att organisera ledningen. I ett militärt sammanhang handlar det om att rikta insatser mot fiendens tyngdpunkt, samtidigt som denna inriktning även kräver ett lämpligt ledningskoncept för att uppnå detsamma:

> Det blir därför viktigt att kunna uppnå maximal effekt av sin insats mot just tyngd-punkten. Det skapar ett behov av ett ledningskoncept som gör det möjligt att inrikta och samordna insatsen så all kraft riktas mot denna punkt (Brehmer, 2013, s 131).

Begreppet tyngdpunkt kan betraktas som avgörande vid val av lämpligt ledningskoncept i militära sammanhang, samtidigt som maximal effekt av en insats mot en tyngdpunkt bara kan uppnås om det finns *en* sådan tyngdpunkt att rikta insatsen mot. När fokus kan riktas mot *en* enda punkt, så menar Brehmer (2013) att kriterierna för ledningskonceptet *Enhetlig ledning* (eng. Unity of Command) kan vara möjliga att nås. Detta givet att tre villkor sammantaget uppfylls, som innebär att det finns:

- en enda tyngdpunkt att rikta insatsen mot,
- en chef för insatsen med befogenhet att fatta beslut om inriktning och genomförande, samt
- möjlighet till kommunicerbara order inom hela systemet

När det gäller civila och civil-militära insatser, så utmärks dessvärre flera sådana insatser av det faktum att det ofta saknas *en* sådan tyngdpunkt som kraften utgår från - och som insatsen då kan riktas mot. Detta utgör ett ledningsproblem dels att enhetlig ledning som koncept blir omöjligt, och dels att valet av ett olämpligt koncept även riskerar utgöra en källa till ständiga friktioner. Traditionell hierarkisk militär insatsledning karaktäriseras av att insatsen inriktas mot en enda tyngdpunkt, och där det är möjligt klargöra vem som ska göra vad i insatsen med strikt följsamhet till givna order av underordnade - för att därigenom uppnå inriktning och samordning mot tyngdpunkten. Saknas en tyngdpunkt krävs det mot ovanstående enligt Brehmer (2013) snarare analys inför beslut om en för insatsen situationsanpassad lösning och således lämpligt (och även praktiskt möjligt) koncept under sådana omständigheter.

3.3.2.2 Olika slags ledningskoncept – kontrasterande exempel och alternativa synsätt

Sammanfattningsvis går det även göra en skillnad mellan å ena sidan enhetlig ledning, det vill säga (eng. *Unity of Command* (UoC)), och gemensam ansträngning (eng.)*Unity of Effort* (UoE)). Koncepten bygger på olika grundantaganden, där UoC utgår från föreställningar om

[78] Vars engelska motsvarighet är ”Center of Gravity”, för vidare diskussion rörande begreppets ursprung, se Brehmer (2013, sid 131 ff.).

en hierarkisk organisering med en centraliserad syn på ledning där ett gemensamt befäl är möjligt att upprätta, vilket i praktiken innebär att:

> [...] each subordinate will know who his or her boss is, and whom to obey. Thus, confusion due to uncertainty about whom to obey and possibly of contradictory orders from different superiors is minimized. Seen from above, it means that one person is in command of the organization as a hole. This makes it possible to achieve the maximum coordinated effect of the organization as a whole (Brehmer, 2011, s. 3).

UoC som ledningskoncept kan bli en källa till ledningsproblem vid PSO, då villkoren är svåra att uppnå. Detta eftersom ett flertal olika slags organisationer och aktörer är involverade och nödvändiga, samtidigt som ingen part varken äger eller kan samordna de resurser som behövs (Brehmer, 2010a; 2011, s. 3-4). Ett försök till svar på den typen av ledningsproblematik som PSO föranleder, men som UoC inte kan lösa - utgör istället UoE, som bygger på tanken att upprätta ett övergripande gemensam plan (målsättning) bland involverade parter. Konceptet UoE utgår från grundantagandet att det utifrån en gemensam plan går uppnå gemensam inriktning och koordinering mellan olika involverade parters insatser mot ett gemensamt mål, och undvika såväl motsatta syften som dubbelarbeten. Brehmers (2011) hänvisning till Wikipedia exemplifierar vad UoE innebär i praktiken:

> In military operations, unity of effort is similar to unity of command except it usually relates to coordination organizations not in the same command, such as in interagency operations. In this case, unity of effort is often achieved through campaign plans or coordination committees [...] instead of through a unified commander (Brehmer, 2011, s. 4).

Enligt Brehmer (2011) utgör emellertid även UoE en mindre lämplig lösning vid PSO, dels eftersom involverade parter kommer utföra sina respektive uppgifter inom ramen för ett mål som ofta kan ligga på ett så högt abstraktionsplan att det inte ger vägledning i praktiken. Dels att tidsbrist kan medföra praktiska svårigheter vid behov av förändrade omständigheter, som kräver uppdateringar och omplaneringar av gemensamma planer (Brehmer, 2011, s. 4-5).

Brehmers (2010a; 2011) kritik mot de två traditionella principerna och tillika ledningskoncepten som användts vid PSO, handlar om att de visat sig mindre lämpliga för ledning vid komplexa multi-organisatoriska omständigheter eftersom traditionella koncept snarare riskerar skapa friktioner. Detta eftersom dynamiska miljöer inbegriper stor osäkerhet vad avser uppdragens innebörd och då fredsbevarande operationer och så kallade komplexa operationer involverar många aktörer som har sina respektive uppdrag och unika sätt att arbeta på, varför nya former för samarbete istället för traditionell ledning framhålls som rimligare att såväl eftersträva som uppnå i den direkta praktiken (Ahlqvist, Brehmer och Buxrud, 2001; Brehmer, 2008a; 2010a; 2011).

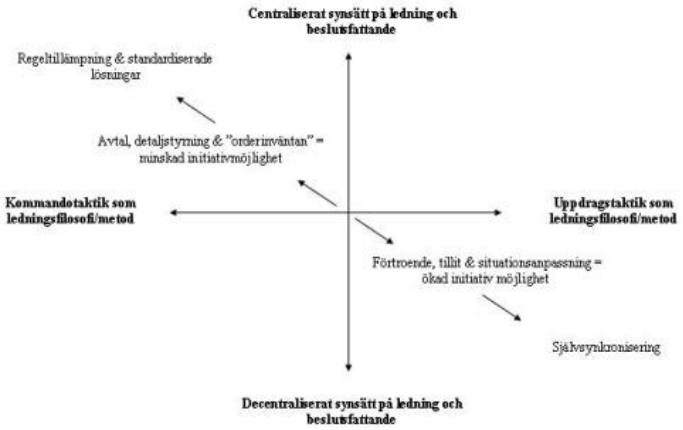
Studier och teorier om ledningskoncept för komplexa operationer är ännu i sin linda. Men Brehmer (2008a; 2010a; 2011) menar att komplexa operationer inbegriper särskilda utmaningar och föreslår ett nytt ändamålsenligt ledningskoncept: Harmonisering (eng. *Harmony of Efforts* (HoE)), (Brehmer, 2010a; 2011; 2013). Konceptet HoE är ett nätverkskoncept som utgår från grundantagandet att: "… a complex endeavor involves a set of organizations, each doing what it usally does (Brehmer, 2011, s. 6)." HoE förutsätter att involverade aktörer efter-

strävar och uppnår en medvetenhet omkring varandras behov, det vill säga vad man behöver stödja varandra med – vilket enligt HoE utgör en viktig förutsättning för att fristående kunna utföra sina respektive uppdrag så friktionsfritt som möjligt. Konceptet bedöms enligt Brehmer (2013, s. 151) som lämpligt när snabb lokal samverkan behöver uppnås, samtidigt som detta bara kan realiseras om nödvändig befoghet och resurser för detsamma föreligger på lokal nivå. Därigenom menar Brehmer (2013, s. 151) att harmoniseringskonceptet är besläktat med vad som avses med självsynkronisering i ett nätverksbaserat försvar.

De tre övergripande ledstjärnor som Brehmer (2010a; 2011; 2013) föreslår behöver prägla en framgångsrik ledningsprocess genom konceptet HoE är således: *samarbete, förhandling* och *konstruktion* av lämpliga forum och plattformar för hantering av gränsytor. I praktiken innebär detta att de ingående aktörerna därför måste kunna formulera krav, förväntningar och förhandla i en situation som präglas av resursknapphet (vilket även kan inbegripa knapphet avseende tidsfaktorn). När flera aktörer är involverade har det erfarenhetsmässigt visat sig att detta sker bäst genom direkta förhandlingar mellan parterna, samt att informationsteknologin kan ge nya möjligheter. Detta förutsätter dock att tekniken upplevs som ändamålsenlig och stödjer parterna (Brehmer, 2008a). HoE innebär att ledning då inbegriper att involverade aktörer istället måste kunna stödja varandras verksamheter, och att fortlöpande beakta och hantera de gränsytor som framträder. Sett ur detta perspektiv betraktas sammantaget mellanmänskliga förhandlingar och relationer samt modern informationsteknologi som presumtiva redskap för ledning av komplexa operationer. I praktiken kan HoE-konceptets innebörd beskrivas som att:

> Ett gemensamt uppdrag måste i stället *skapas* av de ingående myndigheterna/organisationerna som en del i ledningsprocessen, istället för att vara en utgångspunkt som fallet är när uppdraget ska lösas av en enda organisation (Behmer, 2008a, s. 17).

Resonemanget om militära synsätt på ledning och ledningskoncept innebär att två fundamentalt olika idealtypiska ledningsmodeller kan kontrasteras mot varandra, eftersom olika koncept och synsätt på ledning innefattar olika föreställningar om vad ledning förutsätter och innebär i praktiken (Figur 5).



Figur 6 Synsätt på ledning och olika ledningskoncept - idealtypiska kontraster, (egen figur).

Brehmer (2009a) kontrasterar uppdragstaktik och kommandotaktik som alternativa men samtidigt som komplementära ledningsmetoder, där ledningskontexten och tillika de omständigheter som kräver ledning avgör vägvalet:

> Kommando är en metod för att samordna i nuet där chefen känner omständigheterna, medan uppdrag är en metod för att samordna en framtida verksamhet där omständigheterna inte är kända. Uppdragstaktik som *filosofi* medger att en chef använder båda metoderna, beroende på omständigheterna (Brehmer, 2009a, s. 35).

Figur 5 sammanfattar olika ledningsfilosofiska ståndpunkter där det återfinns ett centraliserat och hierarkiskt synsätt på ledning. Detta innebär att effektiv ledning metodmässigt genomförs med stöd av en gemensam överenskommen plan, som antas möjlig att upprätta och följa. Denna plan kan upprättas av en ledningsstab, ledningskommitté eller motsvarande. Vid en sådan centraliserad syn betraktas ledning som ett rationellt styrinstrument av människor mot ett gemensamt mål, där styrning genom regeltillämpning och standardiserade förutsägbara lösningar kan utgöra påtagbara och viktiga inslag. Detta innebär också en hög grad av detaljstyrning, vilket kraftfullt begränsar frontlinjepersonalens handlings- och initiativmöjlighet (vilket också är avsikten). Detta kan samtidigt göra det enklare att identifiera och utkräva individuellt ansvar. I denna centraliserade syn på ledning återfinns konceptet Enhelig ledning (eng. *Unity of Command)*.

Den raka motsatsen utgörs av en starkt decentraliserad syn på ledning, som innebär att ledning främst betraktas som en funktion för involverade parter - snarare än att utgöra en fråga om styrning. Detta synsätt förutsätter inte nödvändigtvis en person som leder, eftersom ledning utgör en funktion i en ledningsprocess. Den yttersta formen av ett decentraliserat ledningskoncept benämns som självsynkronisering. Alberts och Hayes (2007, s. 27) menar att decentraliserad ledning är möjligt genom nya nätverksteknologiska lösningar så kallad ”nätverksledning” – ledning antas ske bäst i nätverksform. I olika publikationer[79] sedan 90-talet fram till 2011 så har en ledningsmodell utvecklas inom ramen för CCRP[80] som ska genomsyras av en strävan mot det önskvärda tillståndet *Agility* (Alberts och Hayes, 2007; Alberts, 2011). Alberts (2011) presenterar en uppdaterad kärnfull definition av Agilitys innebörden:

> **Agility** is the ability to sucessfully effect, cope with, and/or exploit changes in circumstances (Alberts, 2011, s. 190).

Agility utgör ledstjärnan i den ledningsmodell som Alberts och Hayes (2003) tidigare benämner som ”Power to the edge”. Agility karaktäriseras av ett eftersträvansvärt och önskvärt tillstånd som utgörs av sex synergistiska komponenter, som Alberts och Hayes (2003, s. 128) menar är nyckeln till framgångsrik ledning. Det vill säga alla de effekter som kan uppnås genom Agility hos såväl individ, organisation, ledningssystem som stödsystem för detsamma:

1. *Robustness*, som rör upprätthållande av effektivitetsförmåga vid olika omständigheter/situationer

2. *Resilience,* som rör återanpassningsförmåga efter kritisk/oväntad händelse i miljö

[79] För publikationer, se [http://www.dodccrp.org/html4/about_main.html] Länk tillgänglig: 2013-11-11.
[80] CCRP (The Command and Control Research Program), se kapitel 3.1.

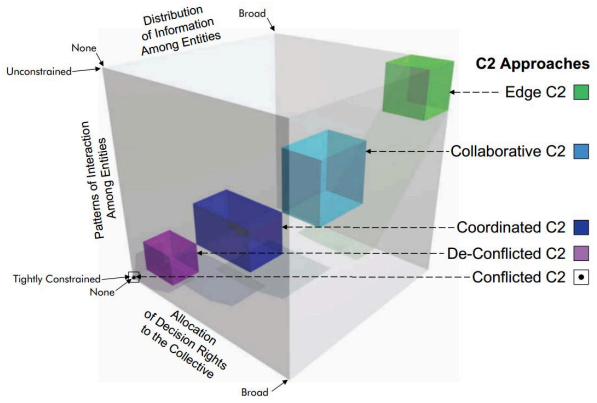
3. *Responsiveness,* som rör tillräckligt snabb reaktionsförmåga på miljön

4. *Flexibility,* som rör förmåga och möjlighet till framgång genom smidig tillämpning av olika slags lösningar

5. *Innovation,* som rör förmågan att såväl tänka nytt omkring gamla saker, som att göra saker på nytt sätt

6. *Adaption,* som rör förmåga att förändra såväl arbetets processer som organisationen

Alberts och Hayes (2007) synsätt på ledning kan sammanfattas som ett slags nätverksteknologiskt ledningskoncept, vars begränsning även antas utgöras av systemets mognad att utnyttja tekniken. Enligt Alberts och Hayes (2007) resonemang handlar ledningssystemets ”drivkraft” om ökad informationstillgång för delad situationsmedvetenhet, vilket antas möjliggöra självsynkronisering. Genom detta betraktas ledningssystemets mognad som väsentligt att utveckla och utvärdera, och där olika parametrar antas avspegla viktiga aspekter på ledningssystemets mognadsgrad – något som illustrerats i en modell. Det handlar om fem olika möjliga nivåer, som NATO[81] NEC[82] C2 Maturity Model åskådliggör (Figur 6):

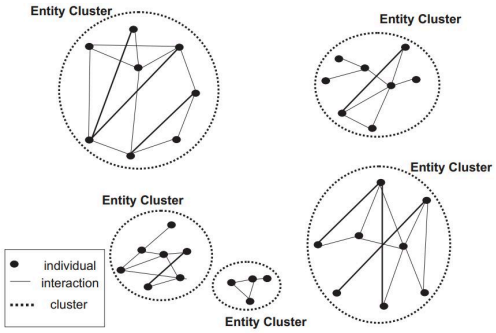


Figur 7 C2 Approaches and the C2 Approach Space. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.66). Figur återgiven med tillstånd av författare.

NATO NEC C2 Maturity Model utvecklades av en NATO-forskningsgrupp (SAS-65), och presenterades 2010 i en rapport. Modellen illustrerar hur ledningssystemets mognad rörande ledning och samverkan i ett nätverk hänger ihop med tre aspekter: (1) *fördelning av beslutsrättigheter* till ett kollektiv, (2) involverade *enheters interaktionsmönster* samt (3) *fördelning av information* till involverade enheter (NATO SAS-065 Research Task Group, 2010, s.66). Detta är en modell som enligt Jensen et al., (2011) rätt väl avspeglar det som MSB[83] benämner som samverkansnivåer. Detta innebär att modellen kan ha relevans även utanför den militära sfären, när det rör frågor rörande interaktion och samverkan då flertalet aktörer involveras med olika insatser.

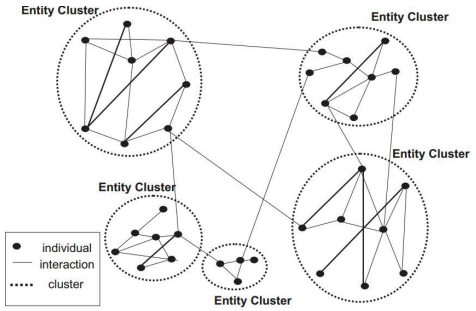
[81] NATO är förkortning för North Atlantic Treaty Organization (Nordatlantiska fördragsorganisationen), som är ett kollektivt försvarssystem som utgörs av medlemsstater med en överenskommelse att försvara varandra vid ett yttre angrepp.
[82] NEC är förkortning för Network Enabled Capability.
[83] MSB = Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, vars ansvar främst rör utveckling och stöd när det gäller samhällets förmåga rörande olycks- och krishantering.

På den lägsta nivån *Conflicted C2* saknas ett gemensamt mål mellan involverande parter, varför det inte föreligger någon interaktion eller samverkan. Ledning förekommer enbart inom och rörande egen verksamhets angelägenheter - varför information och beslutsrättigheter således stannar och inte sprids mellan olika aktörer (NATO SAS-065 Research Task Group, 2010, s.50-52), se figur 7. Innebörden av detta är helt isolerade enheter som sköter sitt och där aktörerna inte nödvändigtvis känner till varandra eller kan ta hänsyn till varandras verksamhet, varför det inte heller går veta om och hur respektive aktör kan försvåra eller underlätta för varandra (Jensen et al., 2011). Jensen et al. (2011) beskriver Conflicted C2, som ledning utan samverkan.



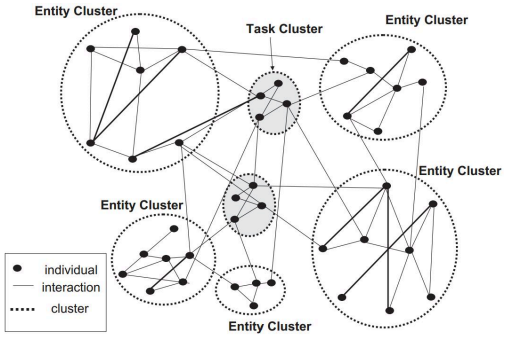
Figur 8 Conflicted C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.52). Figur återgiven med tillstånd av författare.

På den andra nivån *De-Conflicted C2* är målet att undvika ogynnsam påverkan mellan involverade parter, varför ett informationsutbyte eftersträvas som främst avser uppmärksamma potentiella konflikter genom att söka anpassa sig till varandras verksamhet. Detta medför begränsad interaktion och att begränsat informationsutbyte måste ske, vilket kräver viss nödvändig delegering av beslutsrättigheter (NATO SAS-065 Research Task Group, 2010, s. 52-54), se figur 8. Innebörden av detta är ett begränsat tillfälligt informationsutbyte och interaktion, mellan och bland ett begränsat antal involverade aktörer. Genom detta går det även, om så är möjligt, söka underlätta någons verksamhet. Jensen et al., (2011) beskriver De-conflicted C2, som samverkan för anpassning.



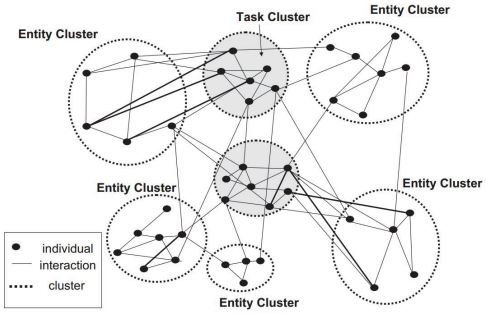
Figur 9 De- Conflicted C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.54). Figur återgiven med tillstånd av författare.

På den tredje nivån *Coordinated C2* är målet betydligt högre där avsikten är att koordinera och nu i något större utsträckning planera, för att inte bara undvika ogynnsamma konflikter och påverkan utan för att söka öka insatsernas sammantagna effektivitet via gemensam intention. Detta kräver mer kontakt och interaktion – såväl informell som formell, för avstämning och korrigering av planer. Denna nivå kräver därför ytterligare beslutsrättigheter och informationsutbytesmöjligheter till kollektivet, varefter uppgiftsorienterade interaktions kluster kan konstrueras för en fråga som rör fler än två aktörer (NATO SAS-065 Research Task Group, 2010, s. 54-57), se figur 9. Jensen et al., (2011) beskriver Coordinated C2, som samverkan för koordinering.



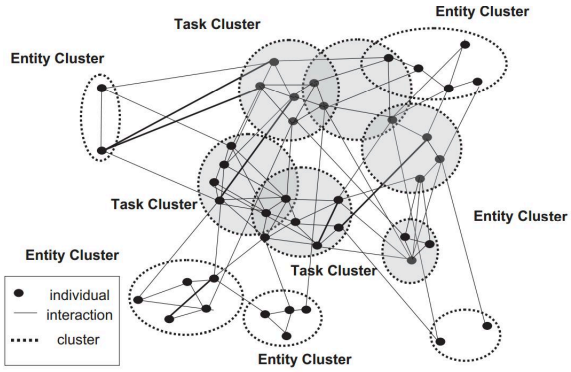
Figur 10 Coordinated C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.57) Figur återgiven med tillstånd av författare.

På den fjärde nivån *Collaborative C2* handlar det om att utveckla *en* gemensam plan, varför denna ansats kräver även att en delad situationsmedvetenhet snarare eftersträvas än enbart en gemensam intention. Detta kräver frekventa interaktioner där en delad förståelse hela tiden eftersträvas, med ett rikt informationsutbyte med än mer delegering av beslutsrättigheter som en nödvändighet för detsamma. Denna nivå innebär att en betydande begränsning rörande egna planer och åtgärder behöver accepteras bland involverade aktörer. Samtidigt som denna ansats ökar interaktiviteten mellan involverade aktörer, där kontakten i princip är kontinuerlig (NATO SAS-065 Research Task Group, 2010, s. 57-60), se figur 10. Jensen et al. (2011) beskriver Coordinated C2, som samverkan för samarbete.



Figur 11 Collaborative C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.60. Figur återgiven med tillstånd av författare.

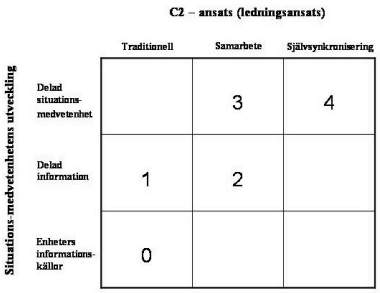
På den femte och tillika högsta mognadsnivån *Edge C2* är målsättningen att ur mer lokala initiativ etablera något som benämns som kollektiv självsynkronisering, och där planen framträder efterhand utifrån en hög grad av delad situationsmedvetenhet. Detta förutsätter ett robust nätverk med mycket generöst informationsutbyte för nödvändig delad förståelse bland involverade aktörer, vilket kräver att information som är tillgänglig ska vara åtkomlig för alla. Detta innebär i slutänden att ett mycket dynamiskt och behovsanpassat interaktionsmönster uppstår, där uppgiftsorienterade kluster skapas och organiseras och där beslut om åtgärder fattas utifrån kontextuella behov och nödvändigheter (NATO SAS-065 Research Task Group, 2010, s. 60-63), se figur 11. Jensen et al. (2011) beskriver detta som samverkan för självsynkronisering.



Figur 12 Edge C2: Interactions for the Collective of participating Entities. Ur: NATO SAS-065 Research Task Group (2010, s.63). Figur återgiven med tillstånd av författare.

Skillnaden mellan Brehmers ledningskoncept Harmonisering (2010a; 2011) och Alberts och Hayes (2007) mer nätverksteknologiskt präglade ledningskoncept (vars föreställning exemplifieras genom figurerna 6 -11), handlar sammantaget dels om synen på behovet av och möjligheten till effektiv ledning genom delad situationsmedvetenhet. Dels om syftet med nyttjandet av nätverkstekniken i ledningsprocessen, och huruvida delad situationsmedvetenhet ger effektivare ledning och snabbare beslut vid komplexa operationer. Alberts (2011) menar att Agility är svaret på detta, vilket är något (en förmåga) som varje organisation antas behöva utveckla

för att effektivt kunna hantera den dynamik och osäkerhet som en komplex ledningskontext medför. Alberts och Hayes (2007) föreställer sig att det i den nya ”informationsåldern” kan ske en stegvis ökad nätverksmognad (från läge 0 - 4) som möjliggörs genom att information kan delas och samarbeten tillta i riktning mot delad situationsmedvetenhet mellan involverade aktörer, vilket antas främja möjlig självsynkronisering - ett synsätt som kan åskådliggöras i 12.



Figur 13 Network-Centric Maturity Model. Efter Alberts och Hayes (2007, s.27, figur 1). Figur återgiven med tillstånd av författare.

Brehmer (2013) beskriver självsynkronisering som att det pragmatiskt handlar om ett:

> [...]ledningskoncept för genomförande och kan ses som en extrem form av decentraliserat genomförande med central planering för att ge inriktning till insatsen som helhet men där samordningen sker genom självsynkronisering (Brehmer, 2013, s. 137).

Enligt Brehmer (2008a) kan emellertid den nätverkstekniska ledningspotentialen som Alberts och Hayes (2007) förespråkar i samband med komplexa operationer - paradoxalt nog riskera urarta i ett centraliserat ledningssystem, även om tanken är det motsatta. Brehmer (2013) framhåller att de initiala tankegångarna från Alberts et al (1999) rörande självsynkronisering, *inte* eftersträvade fullständig decentralisering och att konceptet inkluderade inriktning mot *en* tyngdpunkt[84]. Visionen om självsynkronisering förenar emellertid såväl Alberts och Hayes (2007) som Brehmers (2010a; 2011) resonemang, samtidigt som Brehmer (2013) uttrycker viss försiktighet när det gäller självsynkroniseringens potential på samtliga ledningsnivåer eftersom praktiska omständigheter kan sätta käppar i hjulet i det praktiska genomförandet som till exempel för många involverade parter. Detta eftersom självsynkronisering som koncept inte kan lösa ett kontrollspannproblem[85], samtidigt som självsynkronisering bygger på att en frekvent och välfungerande kommunikation går att upprätta sidledes mellan involverade enheter som ska självsynkroniseras. Brehmer (2013) påpekar att den effektivitet och tidsvinst som

[84] Se diskussion om tyngdpunkt i kapitel 3.3.2.1.

[85] Begreppet kontrollspann (span of control) handlar om hur många personer (kontrollspannets storlek) som det är praktiskt möjligt för en ledare att övervaka, vilket utgör en mycket välventilerad fråga inom organisationsteorin sedan drygt 50 år – och är ännu aktuell, men inget entydigt svar finns då många aspekter behöver vägas in. En hierarkisk organisering med flera nivåer, ger ett smalare kontrollspann (färre medarbetare). Medan en plattare organisering ger att bredare kontrollspann (flera medarbetare), för vidare diskussion och forskning rörande kontrollspann se till exempel Aniander (1998), samt Meier och Bohte (2000).

självsynkronisering kan erbjuda på den lokala nivån för att snabbt hantera lokala förändringar – istället riskerar ”ätas upp” om antalet involverade aktörer blir ”för stort”:

> Om antalet självsynkroniserande förband blir för stort finns det risk att fördelarna med att inte behöva kommunicera vertikalt som i ett hierarkiskt organiserat system äts upp av den tid som krävs för horisontell kommunikation mellan förband (Brehmer, 2013, s. 137).

Till skillnad mot Alberts och Hayes (2007) betonar Brehmer (2010a: 2011; 2013) begreppet ledningskoncept i samband visionen om självsynkronisering, och framhåller detta som betydelsefullt mot bakgrund av den pågående utvecklingen av de nya informationsteknologiska hjälpmedlen i komplexa ledningsmiljöer. Enligt Brehmer (2008a) behöver även den praktiska ledningsaspekten betonas vid komplexa operationer, vilket handlar om att i praktiken lyckas ”…åstadkomma den harmoni i insatsen som krävs för att samtliga uppdrag ska kunna lösas på ett bra sätt (Brehmer, 2008a, s. 10).” Harmonisering är ett möjligt svar på det exceptionella ledningsdilemma som komplexa operationer ofrånkomligt medför, och där lösningen kan sammanfattas som att involverade parter främst behöver ett ledningskoncept och teknikstöd som förbättrar det totala resursutnyttjandet, och där involverade parter också förmås använda egna resurser för att underlätta för varandras verksamheter så inte onödiga friktioner skapas eller förvärras. För detta krävs såväl vilja som förmåga till samarbete, förhandling samt konstruktiv hantering av gränsytor (Brehmer, 2010a; 2011). Det decentraliserade ledningskonceptet Harmonisering inrymmer en syn på ledning betraktat som en funktion som bygger på en tilltro till människan och mellanmänskliga samspel i ledningsprocessen, vilket kan ge ett fortsatt utrymme för uppdragstaktiska tankegångar i den bemärkelsen att frontlinjepersonal kan antas behöva tillräcklig förmåga, vilja och kompetens att självständigt agera utifrån realtidsinformation och i linje med en högre chefs intention.

Det ledningsdilemma som dynamik och osäkerhet ger upphov till – samtidigt som många aktörer kan involveras i nya konstellationer, tycks skapa ett behov av ett alternativt, situationsanpassat och snabbare ledningskoncept med utrymme för såväl självständighet som flexibilitet i realtid för att möjliggöra maximal effekt i en dynamisk, mångfacetterad och multiorganisatorisk ledningssituation.

Eftersom såväl Agility som ledningskonceptet Harmonisering är avsett fungera och eftersträvas i multiorganisatoriska komplexa ledningsmiljöer med självsynkronisering som en möjlighet, finns det även anledning att uppmärksamma det fenomen som Mayerson et al. (1996) benämner som *Swift trust* (snabb tillit) som ett möjligt stöd i sammanhanget. Detta innebär att ett snabbt förtroende upprättas i sammanhang med tillfälligt sammansatta grupper, som enligt Larsson (2005; 2006) karaktäriseras av att:

- olika kompetenser sammansätts för ett uppdrag,
- en avsaknad eller begränsad samarbetserfarenhet föreligger mellan parterna,
- en troligtvis tillfällig samarbetssituation föreligger,
- en komplex uppgift föreligger med ömsesidigt beroende som kräver samarbete
- en tydligt tidsbegränsad arbetsuppgift ligger för handen, samt

- uppgifternas genomförande får avgörande konsekvenser

Larsson (2006) menar att snabb tillit kan vara en framgångsfaktor i det nätverksbaserade försvar som växer fram, eftersom det kräver och möjliggör virtuella samarbeten utan etablerade relationer och i nya okända konstellationer. Snabb tillit har kärnfullt sammanfattats såsom en snabb förmåga till tillit som samtidigt är villkorad för att kunna utvecklas eftersom:

> För att personer som är främlingar för varandra ska kunna samarbeta effektivt omedelbart måste de reducera sin inre osäkerhet om de andra personerna genom något som liknar tillit. De måste agera som om tillit finns, eftersom det inte föreligger något tidsmässigt utrymme att låta tilliten långsamt växa fram. De sätter därför igång att agera eftersom det inte finns något val – om inget görs så misslyckas uppgiften (Larsson, 2006).

3.4 Leda, ledning och ledarskap – distinktionsbehov vid IKT[86]-utveckling

Mångårig forskning rörande ledning i militära sammanhang har visat sig generera begränsad vetenskaplig förståelse, delvis mot bakgrund av oklarheter om själva ledningsbegreppet (Brehmer, 2006b; Brehmer, 2008b,c; Brehmer, 2009a). I dessa publikationer med nya forskningsrön klargörs hur en begränsad förståelse kan härröra från en sammanblandning av begreppen *leda, ledning* och *ledarskap* - varför det föreligger ett behov av en distinktion mellan begreppen. Brehmer menar bland annat att uttrycket *ledning* (som är ett substantiv), egentligen är ett resultat av den mänskliga aktiviteten *leda* (som är ett verb) – något som dessvärre även riskerar leda tanken i fel riktning eftersom *ledning*:

> […] lockar till att ställa frågan vad ledning *är* i stället för frågan om *vad man gör* när man leder. Den förra frågan [vad ledning är] finns det inte något svar på, eftersom ledning inte är något ting med egenskaper (Brehmer, 2009a, s.32).

Ledning innebär således en aktivitet utifrån ovanstående synsätt och terminologi, varför ledning då inte heller kan beskrivas i termer av ett substantiv eftersom ledning snarare avspeglar ett abstrakt tillstånd - något som uppnås (en funktion) avseende ett visst VAD i en situation:

> Ledning är den funktion som inriktar och samordnar de resurser som står till förfogande för att åstadkomma de effekter som definieras i ett givet uppdrag (Brehmer, 2006b, s. 70).

När det gäller frågan om ledning betraktat som en funktion i ett militärt system med syfte att inrikta och samordna tillgängliga resurser för önskad effekt, så eftersträvas på senare år inom den militära sfären alternativa begrepp till det konventionella och äldre begreppsparet ”command and control”[87]. Alberts och Hayes (2007) har myntat begreppen *focus* och *convergence*,

[86] Informations- och kommunikationsteknik.

[87] Det anglosaxiska begreppsparet ”command and control” är omdiskuterat, och där en direktöversättning till svenska inte är helt enkel – varför ”att leda” föreslås av Brehmer (2009a). För vidare begreppsdiskussion se Brehmer (2009a) samt Pigeau och McCann (1995). Command and control som begrepp har i militära sammanhang börjat frångås, till förmån för alternativa och kompletterande begrepp. Samtidigt som begreppsparet kan påträffas i nya kontextuella sammanhang och publikationer, men då avsett för och riktat till civila sammanhang rörande ledning och management. Detta kan exemplifieras genom Seddon (2011) som använder och betraktar begreppsparen ”command and control” som direkt synonymt med ett föråldrat synsätt på ledningsfrågor, där Seddon menar att det avspeglar att ordergivning, styrning och kontroll står i centrum. John Seddon är känd för modifieringen av Toyotas produktionssystem (TPS) för implementering och tillämpning av detsamma inom diverse serviceorganisationer. I Seddons (2011) bok ”Bort från styrning och kontroll – omvärdering av Lean service” så avser Seddon bryta ny mark genom att framhålla ett ”command- and-control-tänkande” som häm-

medan Brehmer (2007) föreslår begreppen *direction* och *coordination* utifrån ett designlogiskt resonemang, vilket bättre kan avspegla insatsledningens innebörd och syfte. Såväl Alberts och Hayes (2007) som Brehmer (2007) använder ett funktionsinriktat synsätt rörande ledningsfrågor, men en distinktion finns där Brehmer (2008a, s. 11-12) exemplifierar med det kritiska påpekandet att Alberts och Hayes ledningsfunktioner är något ska *utföras* (det vill säga ”is performed”) – vilket då skulle kunna antyda att ledning behöver utföras av en särskild enhet alternativt person. Brehmer (2007; 2008a) föredrar därför istället att betrakta ledning som en funktion som behöver *uppfyllas*, för att ledningssystemets syfte därigenom ska kunna uppnås – ett synsätt som inte nödvändigtvis i alla lägen förutsätter en fysisk person. Insatsledningens problem kan även enligt Brehmer (2013) formuleras som en direkt följd av dess definition, där det mer konkret handlar om att:

> [...] bestämma vad som skall göras (inriktning) och att få en samlad effekt av ett stort antal människor och system (samordning) (Brehmer, 2013, s. 153).

Genom Brehmers (2006a; 2013) definitionsresonemang rörande ledning blir också distinktionen till *ledarskap* logisk och tydlig, eftersom ledarskap främst kan betraktas som en förmåga. Utifrån ett chefsperspektiv förutsätter emellertid framgångsrik ledning enligt detta resonemang även förutsättningar för såväl ledning (”veta vad som ska göras”) som ledarskap (”förmågan att få det gjort”), vilket innebär att ledning och ledarskap även då kan sägas hantera helt olika problem:

> Ledarskap är i grunden ett försök att hantera motivationsproblem. Det handlar om att påverka enskilda människor att göra det som insatsen kräver. Ledning handlar istället om att bestämma vad de skall påverkas att vilja göra (Brehmer, 2013, s. 30).

Som en följd av teknisk utveckling och nya forskningsrön har idag nya ledningsstöd med kombinerade informations- och kommunikationssystem börjat planeras och påbörjas, och inte minst genom Försvarsmaktens vision om ett nätbaserat försvar (NBF) och genom till exempel forskningsprojektet ROLF (Rörlig Operativ LedningsFunktion) – där NBF generellt sett antas öka förutsättningarna för effektiv ledning (Brehmer, 2009a). Samtidigt uppstår genom de kombinerade systemen, en ny och utmanande ledningssituation eftersom:

> Informationssystemen förbättrar chefens beslutsunderlag och gör det möjligt att utveckla en bättre uppfattning om vad som ska göras, utan att underlätta att få det gjort. Andra system (”kommunikationssystem”) gör det lättare att sprida chefens order och underlättar därigenom möjligheterna att få något gjort, utan att för den skull påverka underlaget för att avgöra vad som skall göras (Brehmer, 2009a, s. 32).

Kombinerade moderna informations- och kommunikationssystem innebär därför paradoxalt nog inte nödvändigtvis att presumtiva oklarheter elimineras i en militär ledningssituation,

---

mande, och där det kontrasteras och jämförs med ett fördelaktigare ”systemtänkande”. Seddon (2011) använder begreppsparen i ett kritiskt resonemang som synonymt med toppstyrt beslutsfattande och menar bland annat att: ”…*command-and-control* utgör en bristfällig logik för hur man bör utforma och leda arbetet. Det må vara det normala sättet, men det är inte det bästa sättet (Seddon, 2011, s. 12)." Utifrån en ledningsvetenskaplig referensram framstår Seddons (2011) resonemang som onyanserat och problematiskt av olika skäl. Detta eftersom det främst präglas av ett verksamhetsinriktat (inåtriktat) synsätt på ledningsfrågor, samtidigt som de begreppsmässiga otydligheterna rörandet resonemangen gör att begreppen leda, ledning och ledarskap framstår som mycket oklart och även sammanblandat med frågor som snarare liknar frågor om ledningsfilosofi och ledningskoncept (min anmärkning).

vilket ökar betydelsen av och angelägenheten med en gemensam intention och målsättning bland involverade aktörer. Hur denna gemensamma intention och målsättning ska uppnås i ledningssituationen, utgör den tillämpade ledningsvetenskapens grundproblem – vilket inbegriper den kunskap som krävs om de faktorer som främjar detsamma, det vill säga hur en gemensam intention och målsättning kan uppnås i ett ledningssammanhang (Brehmer, 2009a).

3.5 Effektiv ledning och ledningssystem

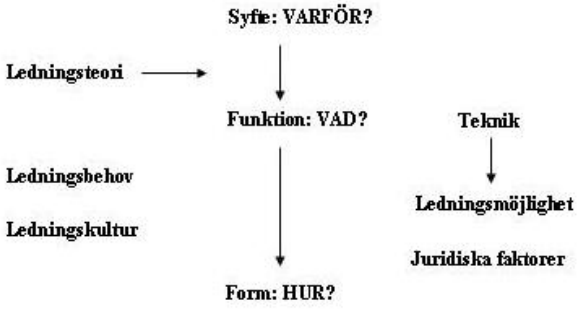
Inom ramen för ledningssystem sker all ledning genom mänskliga handlingar, och vid ledning rörande insatser är ledningssystemets syfte att möjliggöra militära effekter genom inriktning och samordning av befintliga och tillgängliga resurser (Brehmer, 2009, s. 55-56).

3.5.1 Det designlogiska synsättet

Ledningens syfte att inrikta och samordna antas främjas genom en tillgång till effektiva och ändamålsenliga ledningssystem i praktiken, där design och utvärdering av ledningssystem rörande insatser är ett angeläget forskningsområde. Brehmer (2009a) menar att ledningssystem utgörs av artefakter som är skapade av människor för ett bestämt syfte, varför de enbart kan förstås utifrån ett designlogiskt synsätt på olika nivåer:

> Det betyder att de måste förstås i termer av tre olika begrepp: syfte, funktion och form. Syftet talar om varför systemet finns, vad det är konstruerat för att göra. Funktionerna talar om vad som måste uppnås för att syftet skall kunna uppfyllas och formen är den konkreta form som realiserar funktionen, det konkreta existerande ledningssystemet (Brehmer, 2009a, s. 55).

Enligt detta resonemang går det förstå att olika ledningssystem kan skilja sig åt samt hur och varför, men också vad som gör ledningssystem lika. Brehmer (2008a; 2009c) framhåller emellertid att samtliga ledningssystem påverkas av olika slags faktorer som ytterst får betydelse för dess slutgiltiga form. Det är främst fem aspekter som pekats ut som betydelsefulla när ett ledningssystem gestaltar sig: *ledningsbehov, ledningskultur, teknik, ledningsmöjlighet* och *juridiska faktorer* (Figur 14).



Figur 14 Designlogisk modell av ett ledningssystems påverkansfaktorer, idé efter Brehmer (2008a, figur 3, sid. 31; 2009c, figur 3, sid. 10). Figur återgiven med tillstånd av författare.

Figur 14 inrymmer de tre designlogiska grundnivåerna (syfte, funktion och form), som i Brehmer (2013) benämns som en enklare designhierarki. Syftet svarar på frågan varför artefakten (ledningssystemet) finns, medan funktionen svarar på vad som behöver uppnås för att

syftet ska uppfyllas. Hur svarar på vilken form som ledningssystemet behöver ha för att stödja funktionen. Detta innebär samtidigt att det designlogiska schemat kan såväl utgöra en modell för förståelse av ett befintligt ledningssystem som design av ett nytt:

> Icke desto mindre kan varje ledningssystem, liksom alla artefakter, analyseras som ett uttryck för design eftersom en sådan analys inte bara talar om hur man ska konstruera sin artefakt utan också visar hur en artefakt, vilken som helst, fungerar (eller varför den inte gör det) (Brehmer, 2013, s. 36).

När ledningsvetenskap betraktas som designvetenskap så utgör fokus ofta konstruktion av bättre ledningssystem (Brehmer, 2013, s. 23). Vid konstruktion av ett ledningssystem (artefakten) så behövs därför en analys genomföras av de krav som ställs på ledningssystemet. Brehmer (2013, s, 35) håller isär kraven i två typer: (1) konstruktörens syfte med artefakten (vad artefakten ska göra) och (2) hur syftet (detta vad) ska uppnås. Det vill säga med (1) avses konstruktörens önskan och med (2) avses vad omständigheterna kräver. Brehmer (2013) framhåller att kraven även kan inrymma önskemål från användaren av artefakten, som till exempel att syftet ska kunna uppnås inom viss tid eller till viss kostnad. När det gäller ett ledningssystem för insatser, så kan det utifrån Brehmers (2013) resonemang formuleras mer precist utifrån specificerade krav såsom till exempel att syftet inriktning och samordning ska uppfyllas inom X tid till Y kostnad. För att hantera och inbegripa olika presumtiva krav i konstruktionen av ledningssystem, så menar Brehmer (2013) att en komplettare designhierarki kan vara mer fördelaktig (Figur 15).

Syfte	**Varför?**
Designkriterier	**På vilket sätt?**
Funktion	**Vad?**
Generella processer	**Vad kan användas?**
Form	**Hur?**

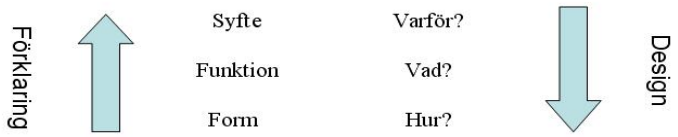
Figur 15 Det fullständiga designlogiska schemat med fem nivåer. Efter Brehmer (2013, s. 71, figur 5:2).

Brehmers (2013) designlogiska modell ovan utgör en komplettare designhierarki som är en vidareutveckling av den enklare hierarkins tre grundnivåer (syfte, funktion och form), och där modellen i figur 15 inrymmer två ytterligare nivåer – det vill säga *designkriterier* samt *generella processer*.

Att formulera designkriterier handlar om att besvara frågan om på vilket sätt som syftet (samordning och inriktning) ska uppnås, och kan därför vara ett uttryck för de krav som ställs på artefakten från såväl det ”yttre systemet”[88] som från användares sida. Nivån ”generella processer” handlar däremot om vad som mer konkret kan användas, det vill säga för att funktionen ska kunna realiseras i en konkret form. Generella processer inbegriper därför nödvändig kunskap som behöver hämtas från olika vetenskaper, för att möjliggöra konstruktion av olika slags artefakter – en ofrånkomligt kreativ process som Brehmer (2013, s. 70) påpekar därför saknar ett givet ”recept”.

[88] Brehmer (2013) skiljer på yttre och inre system i linje med Simons (1996) resonemang omkring detsamma samt gränssnittet mellan dessa två system, se 3.5.1.1.

Designlogik erbjuder enligt Brehmer (2013) både en metodik för analys vid en förståelse- och förklaringsinriktad ansats, och en metodik inför och under design av artefakter (Figur16), vilket metodmässigt *även* såväl kan inbegripa och bli möjligt på de *fem* olika nivåer som finns i den fullständiga designhierarkin (figur 15).



Figur 16 Det designlogiska schemat i sin grundform med tre nivåer. Efter Brehmer (2013, s.67, figur 5:1).

> Fokus för ledningsvetenskap som designvetenskap är emellertid inte i första hand hur ledning faktiskt bedrivs, utan hur man kan skapa bättre ledningssystem som uppfyller ledningsfunktionen bättre än nuvarande system. Den stora vinsten med att betrakta ledning som en funktion i det sammanhanget är att vi inte blir fast i att utgå från att all ledning alltid måste gå till på samma sätt (Brehmer, 2013, s. 23).

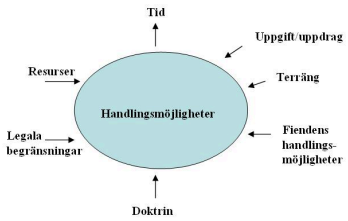
3.5.1.1 Det yttre systemet, det inre systemet, gränssnittet och möjlighetsrummet

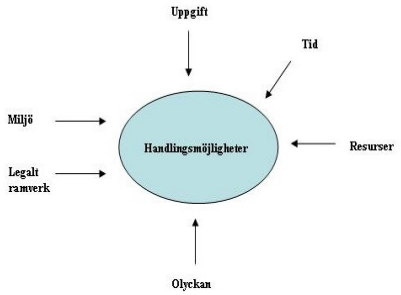
När det gäller såväl förståelse för som design av en artefakt - i detta fall av ett ledningssystem rörande insatser, så görs en distinktion mellan ett inre och ett yttre system samt gränssnittet som finns däremellan. Det yttre systemet beskrivs som föränderligt och är därmed inte statiskt, och har även utvidgats och växt allt mer genom teknisk utveckling med ledningsmöjligheter på distans. Det finns inget som talar för att den utvecklingen avstannar, snarare tvärtom. Det yttre systemet avspeglar enligt Brehmer (2013, s. 38): *"... det system man avser påverka med sin artefakt"* Karaktären på det yttre systemet innebär mot denna bakgrund en betydande analysinsats:

> Analysen av det yttre systemet för ledning kan därför aldrig vara avslutad; den måste ständigt pågå för att man ska ha en aktuell bild, inte bara av de problem som ledningssystemet måste kunna hantera, utan också därför att den tekniska utvecklingen förändrar möjligheterna att leda och därmed de problem som *kan* hanteras med ledning. På så sätt expanderar det yttre system som måste hanteras i ledning (Brehmer, 2013, s. 38-39).

Brehmer (2013) menar att det yttre systemet är så pass osäkert så det kan benämnas och betraktas som såväl ett objektivt som subjektivt möjlighetsrum[89] (Figur 17). Ett möjlighetsrum erbjuder främst handlingsmöjligheter, vilket samtidigt innebär att det finns mer eller mindre kända eller okända begränsningar varför det inte heller går ta för givet att fullständig klarhet föreligger i ett ledningssammanhang:

[89] Med möjlighetsrum har Brehmer (2013, s. 41) tagit inspiration utifrån Rasmussens (1997) modell och resonemang av operatörers bevekelsegrunder och påverkansfaktorer i vägval för säkert arbetssätt.





Figur 17 Militärt möjlighetsrum,(till vänster) Civilt möjlighetsrum (räddningsinsatser), (till höger). Efter Brehmer (2013, s. 43, figur 3:4 och sid. 46, figur 3:6).

Brehmer (2013) pekar ut olika begränsande omständigheter för handlingsmöjligheten i ett möjlighetsrum, där det i ett militärt sammanhang sägs handla om sju faktorer - och i ett civilt sammanhang (vid räddningsinsatser) om sex begränsande faktorer. Brehmer (2013) påpekar att ett militärt sammanhang även brottas med en fiende med ett ”analogt möjlighetsrum” som påtagbart kan försvåra på ett beräknande sätt, vilket inte en en olycka eller kris i sig kan göra på samma sätt. Samtidigt som många aktörer kan vara inblandade även vid en olycka eller kris, vilket därigenom ger ett påtagbart utrymme för en mängd presumtiva möjlighetsrum - där var och en främst kanske ser det egna möjlighetsrummet.

Med inre system avses ledningssystemet (som ska åstadkomma verkan), där Brehmer (2013) beskriver ledningssystemet såsom ett system som:

> […] åstadkommer den påverkan man söker uppnå. Det gör det genom att strukturera gränssnittet mellan det inre och yttre systemet. Gränssnittet strukturerar verkans-systemet[90] så att det producerar den eftersträvade effekten (Brehmer, 2013, s. 39.

Vad som påverkar respektive påverkas är dock inte givet enligt Brehmer (2013), eftersom vad som kan betraktas som ett yttre system respektive ett gränssnitt beror på syftet med artefakten och vad som mer konkret försöker uppnås – till exempel om ledningens fokus är riktat mot effekten på fienden eller mot egna styrkor och formulering av order.[91]

Det yttre systemets karaktär och problem är sammanfattningsvis mot ovanstående bakgrund av betydelse att känna till vid ledningssystemutveckling för att möjliggöra effektiv ledning - så till vida att de aktuella möjlighetsrummen måste hanteras av ett ledningssystem. I ett militärt sammanhang hänger möjlighetsrummet också tätt samman med ledningsmiljöns ”natur” som beskrivs:

> [...] konstitueras av fem tätt sammanbunda och växelverkande faktorer. Dessa är den mänskliga faktorn, komplexiteten, osäkerheten, friktioner och tiden (Brehmer, 2013, s. 53).

[90] Not med förtydligande i citat är inte Brehmers (2013) utan min. Verkanssystem avser det system ”… som producerar det slutliga utfallet (Brehmer, 2013, s. 63). ”, vilket således inte är samma sak som ett ledningssystem.
[91] För ett fördjupat resonemang, se Brehmer (2013).

Detta gör ledningskontexten utomordentligt dynamisk och därmed praktiskt utmanande att agera inom, eftersom ledningsmiljöns ”natur” inbegriper en svårförutsägbar växelverkan mellan människans begränsningar och möjligheter i kombination med mer eller mindre förutsägbara och påverkbara kontextuella omständigheter. Genom detta menar Brehmer (2013) att insatsledning handlar om dynamiskt beslutsfattande[92], det vill säga att insatsledning inrymmer beslutsuppgifter som Brehmer (1991; 2013) beskriver som:

- beslut som är en följd av varandra
- beslut som är beroende av varandra
- beslut som är en följd dels av dynamisk miljö dels av konsekvenser av involverade beslutsfattares åtgärder
- beslut som behöver ske i realtid

Utifrån såväl militära ledningsdoktoriner samt insatsledningsmiljöns ”natur” menar Brehmer (2013) att ett ledningssystem behöver uppfylla särskilda krav, utöver att åstadkomma inriktning och samordning. Ledningssystemets krav summeras utifrån ledningsmiljöns "natur" som att det till syvene och sist handlar om om tre viktiga förmågor (Brehmer, 2013, s. 58-63):

(1) *Hantering av tidsfaktor* (2) *Hantering av komplexitet* och (3) *Hantering av friktioner*[93]:

Tidsfaktorn (1) är avgörande i ett militärt sammanhang för att kunna påverka de inte sällan snabba händelseförloppen, varför aktuell information behöver betraktas och hanteras som en färskvara.

Komplexitet (2) som kan förekomma i tre avseenden, handlar om att hantera såväl flera involverade aktörer som flera problem eller beroenden mellan olika parter samtidigt, samt hantering av en uppgift vars karaktärdrag innebär att olika faktorer kan påverka varandra. Detta innebär att ledningssystems storlek kan avspegla komplexiteten – och ju komplexare ledningssystem, desto fler specialister kan krävas.

Friktioner (3) avser oförutsedda händelser i vid bemärkelse som inte kan undvikas, något som ofta präglar insatser när flertalet parter ska samverka – vilket även innebär att sättet att bedriva ledning i sådana sammanhang är betydelsefullt

3.5.2 Den dynamiska OODA-loopen (DOODA)

Militär ledning har länge präglats av ett inåtriktat synsätt på ledning genom Boyd´s OODA (Observe-Orient-Decide-Act) - loop, vilket Brehmer (2006a,b, s. 65) menar kommer till uttryck i såväl svenska som utländska försvarsmakters doktriner när det gäller insatsledning. För närvarande utgår ledningsforskningen vid FHS från en modell som utvecklats internt: den Dynamiska OODA-loopen (DOODA), (Figur 17). DOODA-loopen har tagit sitt ursprung i

[92] Inom beslutsteorin, som är ett tvärvetenskapligt område, återfinns olika slags normativa och deskriptiva teorier rörande beslutsfattande i samband med bland annat osäkerhet och risk. För vidare läsning se till exempel Petersson (2009).
[93] För utvecklad beskrivning av friktion, se kapitel 3.2.2 samt kapitel 3.5.2.

Boyd´s OODA loop och de tillkortakommanden och kritik som kan riktas mot doktriner som präglas av ett inåtvänt synsätt ledning, det vill säga när ledningens fokus främst ligger på det egna förbandet och ansvaret för vad som ska utföras med egna styrkor (Brehmer, 2006a,b).

Utifrån ett flertal publikationer har Brehmer (2005; 2006a,b; 2007; 2008b,c; 2010b) utvecklat ett designperspektiv på ledning betraktat som en funktion, där effektiv insatsledning handlar om att ledningssystem måste uppfylla tre funktioner: (1) *datainsamling*,(2) *sensemaking* (orientering)[94] och (3) *planering* för att ledningens syfte ska kunna uppnås. Brehmer (2013, s. 81) menar att dessa tre funktioner främst genererar beslut om nödvändig inriktning och samordning, varför en fjärde funktion (*påverkansfunktionen*)[95] föreslås. Detta för att inrymma aspekten önskad effekt av de producerade beslut som utmynnar i order – vilket förutsätter såväl mandat att leda som ledarskap. Brehmers (2013, s. 82) synsätt på ledningssystemkonstruktion inrymmer således fyra funktioner, där frågan om hur väl funktionerna kan uppfyllas sägs såväl avspegla som förklara ledningssystems förmåga att producera inriktning och samordning. Funktionerna skapar förståelse för vad personal i praktiken gör vid ledning, samtidigt som:

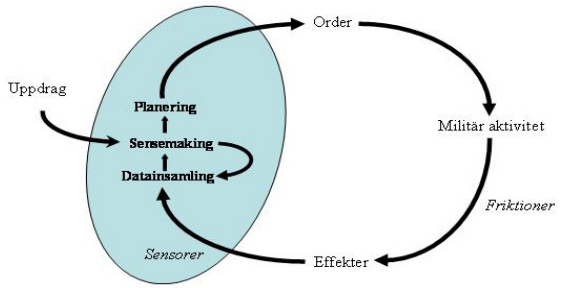
> Utgångspunkten är att betrakta ledning som en form av *handling*, nämligen som *handling där resultatet uppnås med hjälp av andra människor*. En handling har definitionsmässigt ett syfte. En teori om handling talar om hur man uppnår detta syfte (Brehmer, 2013, s. 79).

Ledningssystem för insatser kan exemplifieras med att det tar sin början i inkommande uppdrag från en högre ledningsnivå, och där slutprodukten är en order till en lägre ledningsnivå som pågår genom en dynamisk och cyklisk beslutsprocess. Enligt DOODA - modellen (Figur 17) handlar effektiv ledning om att ledningssystemets tre olika funktioner (datainsamling, sensemaking och planering) kan uppfyllas, eftersom detta påverkar möjligheterna att leda (Brehmer, 2009a).

---

[94] Begreppet sensemaking föreslås i Brehmer (2013) ersättas med begreppet orientering, men innebörden är densamma. Bakgrunden till begreppsbytet är dels att orientering såväl återfinns som går i linje med Boyd´s begrepp i den ursprungliga OODA – loopen, dels att sensemaking som bedöms som alltmer ”urvattnat” och därmed inte längre tillräckligt vetenskapligt (Brehmer, 2013, s. 84). Sensemakingbegreppet i DOODA - loopen tog sitt utgångsläge i organisationsforskaren Weicks (1995) synsätt på detsamma. Detta då sensemaking bedömdes avspegla just orientering inför ett handlande, och avsåg på så sätt utgöra skillnad till begreppet situationsmedvetenhet – som snarare bedömdes som en process utan slut (Brehmer, 2009a, s. 39). Det finns olika sätt att se på sensemaking i olika forskningsdiscipliner, för vidare läsning se till exempel en slutrapport från ett sensemaking symposium i CCRPs regi av Leedom (2001) samt även Dervin (1998) Klein (2006). I avhandlingen används begreppet sensemaking, vars innebörd i avhandlingen ska betraktas som synonymt med vad Brehmer (2013) benämner som orientering.

[95] Påverkansfunktionen beskrivs och utvecklas inte vidare i denna avhandling, då det är ny funktion som formulerats i Brehmer (2013).



Figur 18 DOODA - modell av uppgiftssystemet på funktionsnivå, efter Brehmer (2009a, s. 57, figur 2:1).

Datainsamlingsfunktionen handlar om möjligheten att i ledningsprocessen få tag i den information som behövs, varför frågan om hur smidigt nödvändig information kan nås är avgörande. Den information som efterfrågas avgörs av sensemaking- och planeringsfunktionens behov, samtidigt som behovet styrs av hypoteser om förväntat händelseförlopp – varför hypoteser då kan revideras efter hand genom inkommande data via såväl mänskliga, mekaniska som tekniska sensorer (Brehmer, 2009a; 2013, s. 82-83).

Sensemakingfunktionen (orienteringsfunktionen) handlar om möjligheten att förstå tillgänglig information för att avgöra vad uppdraget kräver, vilket är nödvändigt för klargöra vad som ska göras mer konkret för att lösa uppgiften i aktuell föreliggande situation (Brehmer, 2009a). Brehmer (2013, s. 84-85) betonar att detta ytterst handlar om att förmedla ett möjlighetsrum, det vill säga ett pragmatiskt underlag för handlingsmöjligheter snarare än att skapa en lägesbild som inte ger tillräcklig ledning. Detta handlar också om att analysera och pragmatiskt förhålla sig till det ”yttre systemet”, med allt vad det innebär rörande osäkerhet. Sensemakingfunktionen (orienteringsfunktionen) ska således generera ett vad.

Planeringsfunktionen handlar om att avgöra hur uppdraget ska genomföras, det vill säga att omsätta ett ”vad ska göras” till ett ”hur ska detta vad göras” i en given situation – vilket är viktigt eftersom det finns många hur – där olika enheter kan behöva bidra. Detta kräver en plan som tydliggör vad som ska uppnås av var och en (Brehmer, 2009a; 2013, s. 85-86).

DOODA-modellen i figur 18 illustrerar hur ledningsfunktionen är en del av ett större så kallat uppgiftssystem, där slutprodukten är en order och där syftet är att uppnå och optimera militära effekter genom samordning och inriktning av de resurser som är tillgängliga. Loopen illustrerar att insatser av militära aktiviteter pågår tills deras syfte uppnåtts eller tills resurser är uttömda, samtidigt som de militära aktiviteterna ofrånkomligt påverkas av oförutsedda händelser, så kallade friktioner (Brehmer, 2009a).

> Friktioner kan beskrivas som oförutsedda händelser som, helt eller delvis, omintetgör det önskade händelseförloppet. Såväl människor, materiel som miljöfaktorer kan bidra till att friktioner uppstår. [...] Friktioner resulterar ofta i att hela situationen måste omvärderas och nya handlingsalternativ utarbetas (Försvarsmakten, 2002, s. 20).

Inom ramen för det uppgiftssystem som illustreras i figur 18 ovan söker militära effekter således fångas upp av såväl mänskliga, mekaniska som tekniska sensorer, vilket genererar data

som ligger till grund för vidare order och aktiviteter. Sensemakingfunktionen är ledningssystemets avgörande funktion eftersom den funktionen avser skapa förståelse för vad som ska göras mer konkret i en situation, vilka i ett militärt sammanhang även ska resultera i en övergripande idé om uppdragets genomförande. Därefter formuleras en mer detaljerad beskrivning genom planeringsfunktionen, vars slutprodukt är en order (Brehmer, 2009a).

DOODA-modellen beskrivs som cybernetisk och uppges inte bygga på resonemang utifrån ett reglertekniskt synsätt, utan "… har sitt ursprung i vad människor faktiskt gör i ledning (Brehmer, 2009a, s. 59)." – ett faktum som även framhålls som unikt och som en styrka hos modellen vid ledningssystemutveckling (Brehmer, 2009a, s. 59). Att utveckla ett ledningssystem för insatser med en välfungerande förmåga, innebär således att:

> [...] utveckla den form som ger de produkter som krävs för att ledningssystemet ska kunna fylla sin funktion. Det kan ske genom att man utvecklar lämpliga stödsystem, men också genom att man arbetar ut en ändamålsenlig organisation och väl fungerande processer, procedurer och metoder. Vanligen krävs det arbete med alla dessa aspekter (Brehmer, 2009a, s. 58).

Sammanfattningsvis skiljer Brehmer (2013) på hela insatsens ledningssystem respektive nivåspecifika ledningssystem, vilket får betydelse när det gäller möjliga förbättringsåtgärder.

Ledningssystem för insatser i sin helhet sammanbinds med en kommunikationsfunktion och beskrivs utgöras av tre olika nivåer, där:

> (1) den högsta nivån avser ge insatsen som helhet nödvändig inrikning och samordning,
>
> (2) en mellannivå som avser ge nödvändig inriktning och samordning av underställda förband, och
>
> (3) en lägsta nivå där utförandet sker som producerar effekt.

Samtidigt som flera nivåer uppstår i takt med att storleken på insatsen ökar, för att hantera det kontrollspannproblem som ofrånkomligen uppstår. Ju fler nivåer, ju längre (och därmed långsammare) ledningskedja. Att minimera kommunikationsmängden samt öka på kommunikationshastigheten, utgör enligt Brehmer möjliga förbättringsområden – vilket kan inbegripa såväl ledningskoncept för nätverk som modern informationsteknologi (Brehmer, 2013, s. 97-99, 156-158).

De nivåspecifika ledningssystemen har även de olika nivåer, något som Brehmer (2013, s. 97) sammanfattar utifrån sin designhierarki som fem stycken (Figur 15):

> (1) syftet, som avser ge inriktning och samordning,
>
> (2) designkriterierna, som till exempel snabbhet och förmåga hantera friktioner,
>
> (3) de fyra ledningsfunktionerna,
>
> (4) generella processer, till exempel kunskap från olika vetenskaper och juridik, samt
>
> (5) ledningssystemets form, som innefattar såväl ledningsmandat, organisation, roller, stödsystem med mera.

De förbättringsområden som Brehmer (2013, s. 158) lyfter fram handlar om faktorer på formnivå, inkluderat informationsteknologin.

3.5.3 Uppdragens karaktärsdrag

> Begreppet uppdrag är centralt i ledning; utan uppdrag eller uppgift blir ju själva begreppet ledning meningslöst eftersom det s.a.s. inte finns något att leda mot. Det ger också ett begrepp som kan användas för att sammanfatta de krav som ställs på en insats och dess ledningssystem eftersom uppdraget definierar det problem som skall lösas i insatsen (Brehmer, 2008a, s. 8).

Uppdrag kan emellertid inbegripa olika slags insatser, och kan enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi karaktäriseras antingen som komplicerade eller komplexa. Indelningen av ett uppdrags karaktärsdrag härrör från erfarenheter och omständigheter hämtade från de militära verksamheternas arbete, och inte minst inför och vid fredsbevarande internationella insatser. Den karaktärsmässiga skillnadens innebörd mellan komplicerade och komplexa uppdrag handlar om att det vid komplexa uppdrag saknas möjlighet för olika involverade aktörer att utföra sina respektive uppdrag helt oberoende av varandra, vilket däremot betraktas som möjligt vid så kallade komplicerade insatser. Vid komplexa operationer blir detta omöjligt, eftersom de olika verksamheternas insatser eller uppdrag kan påverka varandra intimt – en omständighet som därigenom utmanar traditionella militära hierarkiska ledningskoncept eftersom ett gemensamt befäl samtidigt beskrivs som omöjligt vid en komplex operation. Dessa karaktärsmässiga olikheter får därför betydelse för såväl ledningsbehov som ledningsmöjlighet, och där komplexa uppdrag innefattar särskilda utmaningar som kräver särskilda lösningar och synsätt rörande ledning i synnerhet eftersom ingen aktör kan förväntas kunna sättas under någon annans befäl.

Komplexa operationer karaktäriseras, enligt Alberts och Hayes (2007, s. 4) av att ett åtagande uppvisar ett eller flera av nedanstående drag;

1. Ett stort deltagarantal och en rik mångfald;

   - där flera inbördes beroenden föreligger

   - där deltagarnas intressen kolliderar eller där fokus läggs vid olika saker

   - där deltagarna kan uppfatta situationen på helt olika sätt

2. Effektens utrymme har en stor räckvidd;

   - och en bristande förståelse av orsaker genom nätverkande samt påverkar relationer

   - och en oförmåga att förutse effekter som kan uppstå genom olika handlingsalternativ.

När det gäller insatser som inbegriper komplexitet[96] så skiljer Brehmer (2013) på nationella och internationella insatser, där det första nämnda (nationella) handlar om räddningstjänstens

[96] När det gäller komplexitetsbegreppet så relaterar jag detta helt till den ledningsvetenskapliga referensramen, och utgår därför från Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) hantering av detsamma relaterat till uppdragens karaktärsdrag.

insatser vid olyckor, kriser och naturkatastrofer på hemmaplan. Medan det sist nämnda (internationella) handlar om så kallade allomfattande insatser[97].

Med hjälp av tyngdpunktsbegreppet[98] vidareutvecklar Brehmer (2013, s. 139-142) ett resonemang om den ledningsproblematik som utmärker komplexa insatser, vilka i fem avseenden skapar inriktnings- och samordningsproblem av de olika komponenter som behöver ingå – vilket innebär att;

1. det föreligger flera tyngdpunkter vid komplexa insatser, men där framgång kräver att varje komponent kan verka,
2. komplexa insatser inte riktas mot en tyngdpunkt, utan mot en helhet,
3. samordnings- och inriktningsbehovet uppstår och växer efterhand, och inleds med parallella insatser,
4. det är inte personer utan fristående organisationer som ska samordnas och inriktas, samt att
5. det saknas möjlighet till enhetligt befäl över hela insatsen.

Flera tyngdpunkter föreligger vid en komplex insats eftersom en rad olika organisationer i olika konstellationer kan involveras, vilket samtidigt innebär att följande situation föreligger:

> Varje organisation hanterar sin egen tyngdpunkt med sitt eget ledningssystem som är utvecklat för att hantera just den typ av problem som organisationen normalt hanterar. Sålunda är sjukvårdsorganisationens tyngdpunkt att behandla sjuka och förebygga sjukdom och den har den utrustning, personal och ledningssystem som kan hantera detta, medan polisens tyngdpunkt är att upprätthålla lag och ordning, och den har den utrustning, personal och ett ledningssystem utvecklat för att hantera detta (Brehmer, 2013, s. 140).

Detta medför för det första att det saknas såväl en gemensam tyngdpunkt, som en påverkansfunktion med mandat att leda och följa upp. För det andra att det gemensamma målet även ligger på ett så pass högt abstraktionsplan, att Brehmer (2013) menar att en framgångsrik ledning av en komplex insats handlar om att varje verksamhet inriktar sig mot egen tyngdpunkt. Denna typ av insats förutsätter andra lösningar då samordning är svårt, vilket Brehmer (2013) exemplifierar som extra problematiskt eftersom ingen ”äger” ett problem som uppstår – som då riskerar ”falla mellan stolarna” som en följd av den stuprörsliknande situation som vanligen föreligger. Ytterst är detta även en fråga om resurser och kompetens, där situationen ofta kräver improvisation för att kunna hanteras. Komplexa insatser medför mot ovanstående bakgrund att lednings- och samverkanssystemet även behöver växa fram och gestalta sig behovsanpassat, varför det kan vara både resurs- som tidskrävande att utforma. Brehmer (2013) beskriver detta som ett ad-hoc-utformat tillvägagångssätt, samtidigt som gemensamma överenskommelser kan ge inriktning och samordning i ledningssystemet. Komplexa insatsers karaktärsdrag ger mot ovan upphov till ett särskilt problem ur ett designhänseende:

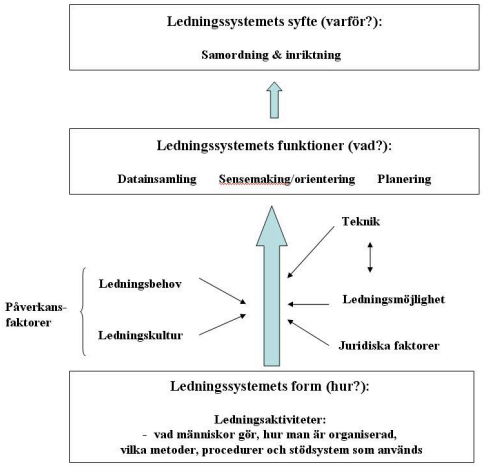
> Problemet ur en designsynpunkt är att konstruera ett samverkanssystem som kan åstadkomma denna inriktning och samordning trots att systemet saknar mandat och befogenheter (Brehmer, 2013, s. 146).

[97] Allomfattande insatser går i internationella sammanhang under benämningen *Comprehensive Approach*.
[98] För diskussion rörande tyngdpunktsbegreppets innebörd se kapitel 3.3.2.1.

Detta innebär att sensemakingfunktionen (orienteringsfuktionen) är utomordentligt viktig, men också att en resurskrävande ledningsaktivitet i form av samverkan krävs för att söka klarhet i vilka överenskommelser som behöver träffas för att målet ska nås när uppdrag och insatser uppvisar komplexa karaktärsdrag. Ledningsmässigt handlar orientering om att skapa ett möjlighetsrum med handlingsalternativ för involverade organisationer att förhålla sig till, vilket kan klargöra såväl befintliga resurser, behov samt juridiska och mandatmässiga begränsningar. Genom detta kan harmonisering peka på en ledningsmässig väg framåt, eftersom konceptet möjliggör för olika ingående organisationer att ställa krav på varandra i ett slags förhandlingsliknande situation rörande vad involverade parter behöver göra för varandra för att var och en ska kunna utföra sina respektive uppdrag så friktionsfritt som möjligt (Brehmer, 2013, s. 144-149).

3.6 Ett lednings- och samverkanssystem gestaltar sig

Oavsett om det handlar om att undersöka ett befintligt system eller att designa ett nytt lednings- och samverkanssystem, så är det enligt Brehmer (2009c; 2013) viktigt att ha i åtanke vad systemet ska åstadkomma - det vill säga vad som är ett lednings- eller samverkanssystems syfte (varför det finns eller varför det ska designas). Alberts (2007) benämner detta som en fråga om (eng. *focus* and *convergence*), och Brehmer (2007; 2008a; 2009c; 2013) som en fråga om *inriktning* och *samordning* (eng. *direction* and *coordination*).



Figur 19 Ett ledningssystems gestaltande, efter Brehmers (2006a,b; 2007: 2008a,b; 2009c; 2010a; 2011;) modeller och synsätt på ledning och ledningssystem.

Figur 19 ovan sammanfattar den praktiska innebörden av Brehmers (2006a,b; 2007; 2008a,b; 2009c; 2010a; 2011; 2013) designlogiska ledningsresonemang, där ledning såväl kan betraktas som en funktion som en aktivitet. Detta innebär också att det går såväl förstå som utvärdera befintliga ledningssystem genom att utgå från ledningssystemens form, eftersom ett ledningssystem kan sägas gestalta sig genom ledningsaktiviteterna.

Brehmer (2008a; 2009c) menar att ett ledningssystem påverkas av olika faktorer under sin gestaltning, och pekar främst ut fem viktiga faktorer: ledningsbehov, ledningskultur, juridiska faktorer och ledningsmöjligheter – där det sist nämnda även avgörs av teknikens ändamålsenlighet och utformning. Dessa faktorer kan enligt Brehmers (2009c; 2010b) resonemang dels ge en förklaring till varför olika ledningssystem kan se olika ut, och dels utgöra en grund för analys av ett ledningssystems ändamålsenlighet med avseende på hur väl dess syfte uppnås.

Ledningsbehov är en dimensionerande faktor där resursåtgången för detsamma avgörs av karaktären på uppdragen, men också av ledningens ”janusansikte” innefattande såväl de inåtriktade som utåtriktade aspekterna. De inåtriktade aspekterna handlar om hur den egna organisationens resurser kan användas i uppdraget, medan de utåtriktade aspekterna avser uppdragens innebörd – det vill säga att: ”… förstå situationen och de krav uppdraget ställer (Brehmer, 2008a, s. 13).” Sammantaget innebär detta att ledningsprocessen behöver genomsyras av ledningens janusansikte med dubbla perspektiv, varför ledningsbehov därför definieras i en given situation utifrån;

> [...]vad som krävs för att man skall kunna uppfylla de funktioner som måste uppfyllas för att åstadkomma inriktning och samordning, dvs. datainsamling, sensemaking och planering (Brehmer, 2008a, s. 16).

Enligt Brehmer (2008a; 2013) är orienterings- (sensemaking) funktionen central i ledning eftersom den skapar förståelse för att lösa ett uppdrag, samtidigt som detta förutsätter att datainsamlingsfunktionen kan generera nödvändiga data för att bidra till förståelse i en situation. Vid komplexa operationer blir emellertid orienteringsfunktionen mer problematisk att uppfylla, eftersom det saknas ett gemensamt uppdrag. Orienteringsfunktionens uppgift handlar där istället om att hantera gränsytor, där involverade aktörer därför behöver kunna formulera krav och förhandla med varandra i en situation som präglas av resursbrist och prioriteringsbehov.

Brehmer (2008a; 2013) nämner två sätt att uppfylla orienterings- (sensemaking) funktionen vid komplexa operationer, där det ena sättet är att skapa ett gemensamt uppdrag för involverade aktörer. Detta kan såväl förutsätta som innebära en centraliserad ledningsstruktur med representation av aktörerna, vilket i sin tur kan medföra svårigheter att nå en gemensam lägesbild och överblick i realtid och därigenom en trögare ledningsprocess. Det andra sättet handlar om att avstå från den gemensamma lägesbilden och överblicken, och istället utgå från en decentraliserad ledningsstruktur som identifierar och hanterar gränsytor. Detta kan förutsätta och innebära att en arena/forum kan tillskapas där respektive aktörs förutsättningar synliggörs i syfte att stödja varandra. Denna sistnämnda lösning kan emellertid skapa problem vid resursbrist, och medföra konflikter vilket kan undvikas om effektiva förhandlingar är möjliga utifrån lokala lägesbilder (Brehmer, 2008a).

Figur 18 illustrerar att ledningssystemets form inbegriper olika slags aktiviteter och ”verktyg” och där ledningssystemets tre funktioner (datainsamling, orientering/sensemaking och planering) är det som uppnår ledningssystemets syfte. Beroende på uppdragens karaktär och vilket ledningskoncept som tillämpas, kan ledningssystems syfte handla om att uppnå: samordning, gemensam inriktning eller harmonisering. Sammantaget innebär detta resonemang att ledningsaktiviteter på formnivå kan betraktas som ”produkter” av datainsamling, orienter-

ing/sensemaking och planering, och där utfallet av dessa aktiviteter även kan ge en bild av befintliga ledningssystem och dess effektivitet och ändamålsenlighet relaterat till uppdragens karaktär. Genom detta kan även betydelsen av ledningssystemes påverkansfaktorer framträda. Oavsett vilket ledningssystem som avses så kräver effektiv ledning att ledningssystemet kan uppfylla de tre ledningsfunktionerna; datainsamling, orientering/sensemaking och planering.

Kritiken mot traditionella ledningssystem avser fokuset på ett inåtriktat perspektiv, och att omvärlden inte har beaktats i tillräcklig utsträckning – vilket framhålls som en nödvändighet i de nya komplexa ledningssammanhangen som kan inbegripa ett flertal varierande aktörer (många gränsytor) och ett delat ansvar. Genom detta är det inte heller nödvändigtvis självklart att alla kan, ska eller behöver sättas under ett gemensamt befäl för effektiv ledning. Ledning kan även vara möjligt utan ett gemensamt befäl, till exempel genom så kallad självsynkronisering och nya slags lämpliga ledningskoncept (Brehmer, 2006b; 2008a; 2009b; 2013).

4. ASiH – ett empiriskt exempel i förändring 2008 – 2013

I detta kapitel presenteras det verksamhetsexempel som utgör det empiriska utgångsläget i doktorsavhandlingens fallstudiebaserade forskningsstrategi. Kapitlet ger en kort introduktion och bild av vårdgrenen ASiH och dess pågående förändring och inriktning som skett mellan 2008 – 2013. I huvudsak presenteras vilka sociala och organisatoriska sammanhang som den specifika verksamheten är en del av och/eller möter, och främst med tidsmässig utgångspunkt och fokus på rådande omständigheter i forskningsstudiens första fas. Informationen i texten har växt fram genom forskningsprocessen som helhet, och bygger på samtal och diskussioner i olika sammanhang och vid olika tillfällen – men inbegriper även relevanta styrdokument och ramvillkor (avtalet med beställaren 2008). ASiHs förändrade ramvillkor och nytillkomna relevanta styrdokument med nytt avtal från 2013, är en viktig del av forskningsstudiens andra fas och återfinns därför mer utvecklat i delstudie 3 i kapitel 9.

4.1 ASiHs bakgrund, inriktning och pågående förändring

Det empiriska exempel på multiorganisatorisk sjukvård som forskningsstudien utgått från, handlar om en större fristående verksamhet inom ramen för ett större landsting, som sedan 80-talet bedriver avancerad hemsjukvård (nivå 3)[99] – vilket i denna avhandling benämns ASiH. Verksamheten har mångårig erfarenhet och tillika påtagbar förtrogenhet med att bedriva så kallad avancerad sjukvård i hemmet med palliativ inriktning, och var även från början knuten till sjukhus. Den palliativa vårdens fokus och innebörd har tidigare sammanfattats av Beck-Friis och Strang (1999) såsom:

> En aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärfackligt samansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både patienten och närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet (Beck-Friis och Strang, 1999, s.13).

Denna sammanfattning ligger i linje med WHOs (2002) definition av palliativ vård.[100] Initialt riktades denna typ av verksamhet främst till döende patienter med cancersjukdomar, som valt att avsluta sitt liv i hemmiljö då vidare behandlingsmöjligheter bedömts som mindre meningsfulla, avslutats alternativt varit uttömda. Denna inriktning har förändrats genom åren och inte minst genom att den medicinska och teknologiska utvecklingen, vilken medfört utökade behandlingsmöjligheter långt in i ett fortskridande sjukdomsförlopp och under allt längre tid. Idag kan därför allvarliga obotliga progredierande sjukdomstillstånd såväl bromsas som lindras över lång tid, varför vårdgrenen ASiH innehållsmässigt kan betraktas som en vård med betydande såväl möjligheter till som inslag av palliativ medicinska insatser i samband kroniska (utdragna) sjukdomar. Begreppet palliativ vård och palliativ vårdfilosofi härrör från den moderna hospicefilosofins grundare från Storbritannien, dame Cicely Saunders, som med sin breda yrkesbakgrund som sjuksköterska, kurator och läkare uppmärksammade värdet av en helhetssyn på den döende patienten. Filosofin kännetecknas av att vården utformas: "…utifrån vem den döende personen är, dennes livsåskådning, tankar och känslor, livsstil, sociala nätverk etc. (Ternestedt, 2005, s.1)." I det empiriska exemplet i avhandlingen tar sig detta synsätt på patienten ett utryck i vårdpraktiken, genom att vårdarbetet och mötet med patient och när-

[99] I Sverige har tidigare tre olika former (nivåer) av hemsjukvård beskrivits av Svenska kommunförbundet (2002), där indelningen var ett sätt att avspegla vårdinsatsernas omfattning och hur kvalificerad vård som ges. Enligt den indelningen tillhör ASiH nivå tre.

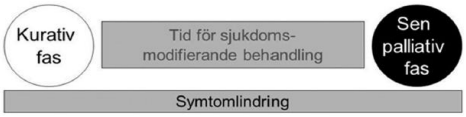
[100] För vidare läsning se till exempel Palliativguiden (2008; 2010), som ges ut av Nationella rådet för palliativ vård – en ideell förening som verkar för att skapa en samlad vård i Sverige utifrån WHOs (2002) definition.

stående på daglig basis ska genomsyras och utgå från olika vägledande kriterier rörande; självbild, självbestämmande, sociala relationer, symtomlindring, sammanhang och strategier.[101] När det gäller symtomlindring så handlar det även om att ligga steget före och föregripa symtom av såväl biverkningar av behandling som sjukdomsprogress, och från 2012 har även ett nationellt vårdprogram för palliativ vård i Sverige utvecklats som avser utgöra en ledstjärna.[102]

Nationella Rådet för Palliativ vård (NRPV) avråder numera från begreppet ”avancerad”[103], men begreppet kan enligt Bäcklund et al (2013) ändå sägas exemplifiera vårdens konkretare innebörd när det gäller de insatser och arbetsmoment som kan aktualiseras för patientens räkning i hemmet som en följd av att så kallade komplicerade vårdbehov uppstår dels:

> [...] på grund av komplex symtomatologi och/eller behov av avancerad utrustning (smärtpump, andningsutrustning, osv) och dels på behovet av att komma i kontakt med vården under dygnets alla timmar, veckans alla dagar (Bäcklund et al., 2013, s. 35).

Genom olika slags ”avancerade” sjukvårdsinsatser i såväl ett tidigt som sent sjukdomsskede så kan hemmet istället för slutna vårdinrättningar, såväl nu som framöver komma utgöra huvudsaklig vårdplats även vid svåra sjukdomstillstånd. Bäcklund et al (2013) exemplifierar i en förenklad modell hur ett sjukdomsförlopp kan te sig och utvecklas hos patienter inom denna typ av verksamhet, och där modellen pedagogiskt avser synliggöra vad vården kan utgöras av för slags inslag och moment över tid: från botande (kurativa) åtgärder till att en eventuell så kallade sen palliativ fas tar vid. Inte sällan beskrivs den sena fasen utgöra en allt kortare fas, och inte minst genom de utökade möjligheter till den sjukdomsmodifierande behandling som finns att tillgå och hela tiden utvecklas och kan erbjudas patienter när ett sjukdomstillstånd är obotligt (Figur 20).



Figur 20 Förenklad modell för ett sjukdomsförlopp, från vänster till höger. Efter Bäcklund et al (2013, figur 1, sid. 40). Figur återgiven med tillstånd av författare.

Den palliativa vårdinriktningen som bedrivs inom ramen för exemplet ASiH har emellertid genom åren allt mera kommit att aktualiseras och erbjudas vid allt flera och andra diagnoser och sjukdomstillstånd än enbart cancersjukdomar, och i synnerhet efter introduktion av vårdvalet enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem - som medförde ett förändrat och utvidgat uppdrag. I forskningsstudiens inledande skede under september – december 2008 var andelsmässigt cirka två tredjedelar av de anslutna patienterna vid ASiH cancerpatienter, och där det något år innan tillkommit patienter med andra diagnoser och sjukdomstillstånd än cancerrela-

[101] För vidare läsning rörande de sex kriterierna (De 6 S:n), se Ternestedt, B.M. (2012).
[102] För vidare läsning se till exempel *Kortversion Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014* (Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland, 2012).
[103] Se kapitel 1.3 Vårdkontextuell bakgrund rörandet begreppet avancerad och NRPS ståndpunkt.

terade – främst patienter med svåra hjärt- och lungsjukdomar.[104] Genom ASiHs omställning mot vårdval och det nya utvidgade uppdraget med en transformation med början hösten 2012 fram till januari 2013, så förändrades och utökades andelen inskrivna patienter vid ASiH med andra sjukdomstillstånd än cancer. I forskningsstudiens avslutande skede 15 januari – 15 maj 2013, vårdades cirka 50 procent av de inskrivna patienterna vid ASiH för andra sjukdomsrelaterade tillstånd än cancer. Detta utgör en betydande skillnad i jämförelse med tidigare. Denna andelsmässiga förändring med ny patientgruppsinriktning aktualiserades och blev således högst påtagbar genom introduktionen av vårdval för patienter i behov av ASiH efter årsskiftet 2012/2013. Övergången och omställningen mot vårdval och det nya utvidgade uppdraget för ASiH, var samtidigt även en del i en större framtidsplan och tillika vision om en planerad inriktning och utveckling inom det aktuella landstinget.[105]

4.2 ASiHs inriktning och utformning 2008

Verksamheten bedrevs formellt 2008 utifrån ett *vårdavtal* med beställaren (Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning) i det aktuella landstinget och i det geografiska upptagningsområde som verksamheten fått tillstånd att bedriva ASiH inom.

4.2.1 Avtalet med beställaren 2008

Vårdavtalet gällde under 2008, och kunde förlängas högst två år, och där båda parter kunde ta initiativ till förlängning. Båda parter ägde även rätt att säga upp avtalet. I vårdavtalet återfinns information om de juridiska överenskommelser som träffats samt avtalets innebörd/villkor och omfattning, där det av bilagor framgår förtydliganden omkring *ersättningsvillkor, allmänna villkor, uppdragsbeskrivning, uppföljningsplan* samt *informationsförsörjning*.

4.2.1.1 Uppdragsbeskrivningen

Av beställarens *uppdragsbeskrivning* framkommer att syftet med ASiHs uppdrag är att "… patient under en sjukdomsperiod skall kunna vistas i hemmet där alternativet annars skulle vara vård i slutenvård (Uppdragsbeskrivning, 2008, s. 1)"., och att:

> Patienten skall erbjudas en vård som utgår från en helhetssyn på människan och beakta alla konsekvenser av sjukdomen, såväl fysiska, psykiska, sociala som existensiella. Vårdande insatser skall ges resurseffektivt och på rätt och mest effektiva omhändertagandenivå inom landstingets ansvarsområde (Uppdrags-beskrivning, 2008, s. 1).

Ett teambaserat arbetssätt ska tillgodose patientens vårdbehov, där samarbete och multiprofessionellt[106] förhållningssätt ska utgöra ledstjärnan. Verksamhetens mål och vårdens inriktning ska bidra till att patient och närstående upplever;

- fysiskt, psykiskt och existensiellt välbefinnande
- trygghet med givna vårdinsatser

[104] Den aktuella verksamheten inbegriper inte barn, förutom de särskilda uppdrag som rör artificiell vätske- och näringstillförsel i form av intravenöst dropp (direkt i ett venkärl) i hemmet till apatiska flyktingbarn inom det aktuella landstinget.
[105] Se kapitel 9 med delstudie 3 rörande ASiHs nya inriktning, avtal, ramvillkor med mera.
[106] Med multiprofessionellt avses olika professionella yrkesgrupper såsom till exempel läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, kurator med flera.

- delaktighet i planering/genomförande av vårdinsatser
- god tillgänglighet
- gott bemötande
- stöd i sorgearbetet (inför, under och efter dödsfall)

4.2.1.2 Målgruppsbedömning och ASiHs praktiska åtagande

Under 2008 så skulle patienter som remitterades till ASiH och som bedömdes vara i behov av detsamma, erhålla vård i ASiHs regi om de tillhörde någon av två förekommande målgrupper: målgrupp 1 och målgrupp 2. Målgrupp 1 innebar ett helhetsansvar från ASiHs sida, medan målgrupp 2 innebar ett avgränsat engagemang för ASiH rörande överenskommen vård - varför huvudansvar för patienters övriga sjuklighet kvarstod hos vårdcentralen.

ASiHs verksamhetsuppdrag inbegrep i praktiken därför även *målgruppsbedömningar,* det vill säga remitterade patienter skulle bedömas och (om vård aktualiseras) tilldelas en målgruppsbenämning – målgrupp 1 alternativt målgrupp 2. Patienter inom det geografiska upptagningsområdet, eller som tillfälligtvis vistas där, alternativt har valt slutenvård (palliativ vårdavdelning) hos ASiH, kunde aktualiseras för vård. *Målgrupp 1* avser;

- patient i palliativ fas som: ”… har genomgått en försämring av en obotbar sjukdom och har behov av palliativ vård dygnet runt för att uppnå symtomkontroll (Uppdragsbeskrivning, 2008, s.2)”.
- patient som: ”på grund av sjukdom har en starkt nedsatt funktionsförmåga och där ett sammanhållet medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande utgör förutsättningar för ett optimalt resultat av vården (Uppdragsbeskrivning, 2008, s.2)”.

Av uppdragsbeskrivningen framgick i huvudsak följande intagningskriterier som underlag inför bedömning om inskrivning vid ASiH för målgrupp 1;

- ”Komplex fluktuerande och snabbt föränderlig symtombild med flera samtidiga symtom som behöver behandlas eller är under kontroll genom omfattande medicinska och omvårdande insatser kontinuerligt dygnet runt (Uppdragsbeskrivning, 2008, s. 2).”
- ”Okomplicerad, stabil symtombild som behöver behandlas eller är under kontroll genom medicinska och omvårdande insatser kontinuerligt, dygnet runt **och** ej ingår i målgruppen för geriatrisk vård (endast slutenvård (Uppdragsbeskrivning, 2008, s, 2).”

Intagningskriterierna kan även inbegripa en symtombild med såväl svår ångest, depression, existensiella kriser och/eller sociala behov som en följd av till exempel ett skört nätverk. Vidare ska patienten vara färdigutredd, och patienter i livets slut uppges ha högsta prioritet.

För patienter som bedöms tillhöra *målgrupp 2* avses;

- ”instabilt sjukdomstillstånd eller tillfällig försämring av kronisk sjukdom oavsett diagnos med behov av avancerad medicinsk vård och omvårdnad där alternativet är slutenvård **eller”**
- ”stabilt sjukdomstillstånd oavsett diagnos med behov av avancerad medicinsk vård och omvårdnad på grund av behandling där alternativet är slutenvård”

Intagningskriterierna för *målgrupp 2* ska vara behov av;

- ”avancerade medicinska insatser **och/eller”**
- **”**upprepade akuta medicinska insatser, dygnet runt, för att undvika vård i sluten vårdform”

Av vårdavtalet framkommer även en kortfattad beskrivning av åtagandet och tillika de skyldigheter och ansvar som detta innebär, gentemot patienter, närstående och medaktörer.

Vad avser målgrupp 1 ansvarar ASiH för att patienten:

> […] får hela sitt behov av medicinsk vård och omvårdnad tillgodosett inom ramen för uppdraget. Vård som ges av annan vårdgivare under vårdtiden skall ges i samverkan med ASIH (Uppdragsbeskrivning, 2008, s. 4).

Vad avser målgrupp 2 ansvarar ASiH:

> […] endast för de insatser som ges inom ramen för detta uppdrag. Husläkarverksamhetens ansvar för basal hemsjukvård kvarstår när ASIH ansvarar för tillfälliga insatser som kräver ASIH verksamhetens specialistkunskaper. För att patienten ska garanteras en trygg och säker vård under vårdperiod då basal hemsjukvård ges samtidigt som vård ges inom ramen för detta uppdrag, skall Vårdgivaren tillsammans med vårdgivare av basal hemsjukvård upprätta en överenskommelse där ansvarsfördelningen framgår. Denna överenskommelse skall dokumenteras (Uppdragsbeskrivning, 2008, s.4).

4.2.1.3 Samverkan, helhetsupplevelse, samordnad vårdplanering och IT-relaterade stödfunktioner

Oavsett målgruppstillhörighet framhålls ett framgångsrikt resultat av vård och behandling förutsätta samverkan mellan involverade parter, och att samverkan ska bedrivas mellan olika vårdgivare och huvudmän för att en patientupplevd helhet av vården ska uppnås:

> Välfungerande samverkan är en grundläggande förutsättning för att nå ett gott resultat av vård och behandling. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän skall bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet (Uppdragsbeskrivning, 2008, s.1).

ASiHs uppdrag är att tillhandahålla dels avancerad hemsjukvård dels specialiserad palliativ slutenvård (genom egen mindre vårdavdelning), och att: ”Val av vårdform och behandling ska ske i samråd med patient och närstående, där så är möjligt (Uppdragsbeskrivning, 2008, s.2).” Vården ska inbegripa utredning och symtombehandling med insatser som skapar trygghet.

När ASiH utför vård i särskilda boenden, ska samverkansöverenskommelse träffas med huvudman för varje enskilt fall. ASiH ska också aktivt bidra till samverkan och säkerställa en så sammanhängande vårdkedja som möjligt (ur patient- och närståendeperspektiv), och rutinerna för samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska dokumenteras skriftligen. Vidare ska ASiH:

> […] aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Vårdplaneringen kan ske via möte, via telefon eller via [XX-ärendehanteringssystem[107]]. Justering av vårdplan ska ske via [XX ärendehanteringssystemet] (Uppdragsbeskrivning, 2008).

[107] Det ärendehanteringssystem som avses är ett IT-baserat hjälpmedel inom det aktuella landstinget avsett för handläggning rörande samordnad vårdplanering mellan slutenvård, primärvård och kommun, men utgör även ett

Rörande *informationsförsörjning* framgår i vårdavtalet krav och anvisningar om verksamhetsinformation och IT-relaterade frågor, där system eller tjänster graderas med krav (obligatoriskt för ASiH), önskvärt (önskemål att ASiH använder) eller möjligt (finns tillgängligt för ASiH). Landstinget ska säkerställa informationens kvalitet genom att tillhandahålla gemensamma IT-tjänster, och underlätta informationssamverkan. Detta ska bidra till effektiviserat arbete på lokal nivå, samt att patienthanteringen får högre kvalitet.

En gemensam vårddokumentation (GVD) är landstingets vision, och där samtliga kommuner och landsting är överens med staten om en nationell IT-strategi för vård och omsorg. I takt med att gemensamma IT-funktioner blir tillgängliga, ska de bli obligatoriska att använda.

4.2.1.4 Prestationsvillkor, uppföljning och ekonomiska justeringar utifrån prestation

ASiH bedriver löpande verksamhetsrapporteringar (innefattande en medicinsk kvalitetsuppföljning) vilket även utgör underlaget för ASiHs ersättning, som inbegriper uppföljning av kvantitet rörande såväl volymer som produktivitet. Av vårdavtalet (§ 11 särskilda bestämmelser), framgår att beställaren inte garanterar några volymer och har därför rätt att kräva ersättning från ASiH om:

> [...]verksamheten enligt detta avtal utförs till en volym, eller medicinsk kvalitet som väsentligen understiger avtalets krav […](Vårdavtal, 2008, s. 5).

Av *ersättningsbilagan* framgår ASiHs ersättningsvillkor, vad som ingår och vem som betalar vad samt hur och när detta sker. En fast årlig uppdragsersättning utgår för såväl målgrupp 1 som målgrupp 2. Ersättningen bygger på ett uppskattat antal vårddygn (målgrupp 1 och palliativ slutenvård på avdelning), samt ett uppskattat antal besök (målgrupp2). Ersättningen är produktionsrelaterad (med ersättningstak), och korrigeras vid avstämning mot det ”verkliga” antalet.

Uppföljningsplanens syfte är att kontrollera huruvida de krav som ställts på vårdgivaren uppfyllts, och avser även utgöra en utvecklingsgrund för det gemensamma uppdraget (avtalet). Uppföljningen sker utifrån en så kallade leverantörsuppföljningsmodell (LUM), vilken inbegriper behov, prestationer, kvalitet, kostnader och effektivitet – där:

> Uppföljningsperspektivet bygger på att det för en beställning av vårduppdraget föreligger ett *behov* i befolkningen av en viss vårdinsats/*prestation*. Avsikten med prestationen är att uppnå *effekt* i patientens hälsa eller inom hälso- och sjukvårdssystemet. Prestationen är förknippad med olika *kvalitets*aspekter och genererar även en viss *kostnad* för [x]landsting (Uppföljningsplan, 2008, s.1).

---

faktureringsunderlag enligt Betalningsansvarslagen, BAL (SFS 1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård) för de patientkostnader som uppstår för olika involverade vårdinrättningar. Ärendet ska oftast genomgå fem steg: 1.inskrivning, 2. kallelse till samordnad vårdplanering, 3. samordnad vårdplanering, 4. meddelande om utskrivningsklar patient samt 5. utskrivning av patient. Tanken med BAL – som trädde i kraft 1/7 2003 och som var en följd av Ädelreformen, var att främja och skynda på en samarbetsprocess mellan slutenvård och öppenvård rörande patienter som bedömts som utskrivningsklara från slutenvård. Syftet var att uppnå en god och friktionsfri vård över dessa två huvudmannagränser.

ASiH gör löpande en verksamhetsrapportering vilket även utgör underlaget för ASiHs ersättning, samt medicinsk uppföljning – men också för volymer och produktivitet. Av uppföljningsplanen framgår olika mätbara nyckeltal[108], som sedan ligger till grund för beställarens uppföljningssamtal, som berör till exempel hur många patienter som ansluts, hur snabbt patienter erbjuds inskrivning och hur snabbt remisser besvaras.

4.2.2 ASiHs utformning – en fråga om målgrupp 1 och målgrupp 2

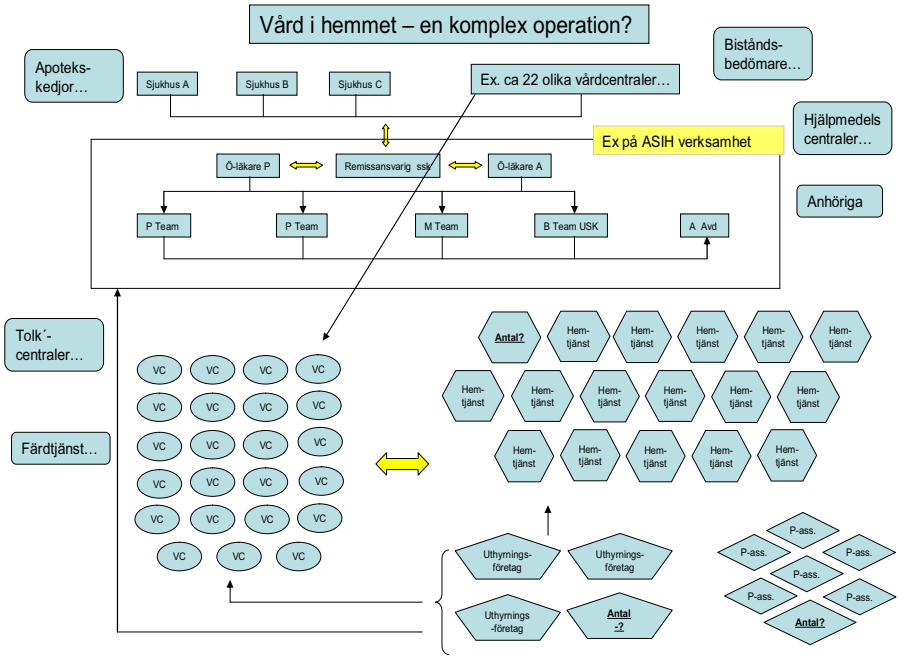
Patienter tillhörande målgrupp 1 medför ett sammanhållande helhetsansvar, även om ett flertal olika läkarspecialister kan vara involverade för att besluta omkring behandling för olika slags sjukdomar för patientens räkning. Målgrupp 1 utgörs i huvudsak av patienter med mer omfattande, sammansatta och föränderliga vårdbehov, och har länge utgjorts i huvudsak av cancerpatienter där tanken är att bedriva vård utifrån en palliativ vårdfilosofi.

Inom målgrupp 2 återfinns patienter med kroniska sjukdomar, och med varierande diagnoser (ofta i olika kombinationer) – och med olika vårdbehov och därmed även olika ”vårdtyngd”. I målgrupp 2 återfinns patienter med till exempel med sjukdomar som svår KOL[109], diabetes, svår hjärtsvikt, olika cancersjukdomar eller neurologiska sjukdomstillstånd (till exempel MS[110] och ALS[111]). För patienter tillhörande målgrupp 2, har ASiH enbart ansvar för en avgränsad så kallad medicinskt avancerad vårdsinsats enligt en överenskommelse, medan primärvården (vårdcentralen) har ansvaret för patientens övriga hälsotillstånd. ASiH verksamhet riktas främst till patienter över 18 år, med undantag för ett uppdrag rörande närings- och vätsketillförsel i hemmet till så kallade apatiska asylsökande flyktingbarn.

ASiHs patientuppdrag inkommer genom remisser från ett flertal remittenter från ett stort geografiskt upptagningsområde. Dels direkt från specialistsjukvårdens olika subspecialiteter; hematologi, onkologi, neurologi m fl. Dels från ett stort antal vårdcentraler inom ASiHs upptagningsområde. Remissinflödet är konstant, men varierar i karaktär och mängd. Remisshanteringen inkluderar ett ställningstagande av vilka vård- och insatsbehov som kan föreligga, och därefter huruvida en inskrivning vid ASiH kan aktualiseras samt vilken målgruppstillhörighet som är aktuell. Det finns också en mindre palliativt inriktad vårdavdelning inom ramen för verksamheten som kan utnyttjas, med ca 16 vårdplatser, där avdelningen kan fungera som temporär avlastningsplats eller vård i livets slutskede för redan inskrivna patienter tillhörande främst målgrupp 1. Vid tidpunkten för studiens genomförande 2008 erbjöds även basala hemsjukvårdsinsatser av undersköterskor i ett särskilt team, vilka fick sina uppdrag från främst från de vårdcentraler som spände över ASIHs upptagningsområde. Utifrån ett handlings- och vårdpraktiskt perspektiv på vårdpraktiken framträder en mycket sammansatt bild över det kontextuella sammanhang som ASiH är en del av, och som visar på ett brett spektrum av olika slags presumtiva samverkanspartners och samarbetskonstellationer. Detta innebär en rik

[108] Nyckeltalen avser mäta och spegla olika kvalitetsaspekter, till exempel förekomst av dokumentation om vårdplaner och andra parametrar.
[109] Kronisk obstruktiv lungsjukdom.
[110] Multiple skleros.
[111] Amyotrofisk lateralskleros.

mängd av olika slags möjliga sociala gränsytor[112] mellan såväl människor som organisationer. Figur 21 ger en bild av ASiHs utformning främst mellan 2008 - 2010.



Figur 21 Förenklad bild av ASiHs sociala och organisatoriska gränsytor under 2008-2010 (egen figur).

Utöver gränsytorna i Figur 21 tillkommer ytterligare presumtiva aktörer som till exempel olika slags laboratorier (privata) som kan erbjuda analys av blodprover utanför sjukhusens regi, samt grannar, bekanta och olika slags särskilda boenden som kan involveras om ASIH aktualiseras. Dessutom tillkommer (genom avregleringen av Apoteket AB) ett antal apotekskedjor, med en mängd nya läkemedelsdistributörer och tillika presumtiva samarbetspartners. Figur 21 åskådliggör främst potentiella samverkanspartners och ”medspelare”, som kan kringgärda patienten. Under forskningsstudien genomgick ASiH en förändring som en följd av en förlorad upphandlingsprocess, vilket innebar att B Team Usk (i Figur 21) avvecklades. Basala hemsjukvårdsinsatser fortsatte därefter utföras för vårdcentralens räkning (ofta av ofta samma personer), men genom annan vårdaktör (uthyrningsföretag). Det är emellertid oklart hur många presumtiva och verkliga aktörer det handlar om. Målgruppssystemet kom att bibehållas fram till introduktion av vårdval och det nya utvidgade uppdraget för ASiH från 2013.

[112] Med social gränsyta avser jag vad Long (2001) beskriver: ”A social interface is a critical point of intersection between lifeworlds, social fields or levels of social organisation where social discontinuities, based upon discrepancies in values, interests, knowledge and power, are most likely to be located (Long, 2001, s. 243).”

5. Delstudie 1: Patientsäkerhetens innebörd och villkor?

I detta kapitel presenteras den första explorativa delstudien - en intervjustudie som genomförts med en fenomenologisk ansats, och som bygger på djupgående intervjuer och inventerande fältbesök. Kapitlet inbegriper en särskild metod del.

Studien är explorativ och har en fenomenologisk ansats och handlar om arbetsförhållanden och patientsäkerhet i samband med avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), och inkluderar därmed erfarenheter, tankar och upplevelser omkring detsamma. I centrum står frontlinjepersonalens erfarenheter och möten med riskfyllda och problematiska företeelser, avseende såväl vårdtagarnas säkerhet som möjligheter att eftersträva en säker vård i hemmet samt vad som är av betydelse för detsamma. Patientsäkerhet är ett relativt nytt och tvärvetenskapligt forskningsområde, samtidigt som terminologin och innebörden av patientsäkerhet är mycket bred och kan variera beroende på kontextuellt sammanhang, vilket innefattar såväl kliniskt/vårdnära, strukturella som procedurella problem (WHO, 2008). Kunskap om patientsäkerhet kan därför behöva sökas ur såväl nya informationskällor, som med nya tankegångar och ansatser till exempel kvalitativa och fenomenologiska (WHO, 2008, s 88). Jag har därmed funnit särskild anledning att närma sig patientsäkerhetsproblematiken betraktat som ett fenomen, vilket måste få lov att framträda utifrån det sammanhang, miljö och situation inom vilket fenomenet visar sig.

5.1 Syfte och frågeställning

Syftet med delstudien var att förstå vad och hur personal erfar, tänker och upplever omkring riskfyllda och problematiska företeelser samt arbetsförhållandenas och andra omständigheters betydelse för patientsäkerheten.

- Vad utmärker patientsäkerhetsrelaterade problem, som fenomen, inom avancerad hemsjukvård?

5.2 Metod

Studien är genomförd med ett fenomenologiskt förhållningssätt, varför forskningsintresset riktade sig mot vårdpersonalens levda erfarenhet och förståelse av arbetssituationen, och där patientsäkerhetsproblematiken har betraktats som ett fenomen.

5.2.1 Metodval och forskningsansats

> I want to understand the world from your point of view. I want to know what you know in the way you know it. I want to understand the meaning of your experience, to walk in your shoes, to feel things as you feel them, to explain things as you explain them. Will you become my teacher and help me understand? (Spradley, 1979, s 34)

Genom ett studium av vardaglig tillvaro (livsvärlden) kan saker som tas för givna problematiseras (Husserl, 1995). Ett slags livsvärldsperspektiv har därför eftersträvats i den bemärkelsen att, reflexion, öppenhet och följsamhet utgjort ledstjärnan (Dahlberg, 1997; Dahlberg et al., 2001). Detta med ett fokus på de framträdande ”sakerna”, och med en ambition om fördomsfrihet och avsaknad av givna modeller vid utgångsläget (Bengtsson, 1991). Detta har praktiskt inneburit att jag i mötet med vårdpraktiken sökt anammat ett fenomenologiskt förhållningssätt med tonvikt på följsamhet, lyhördhet och öppenhet, och där ett konkret studium av personalens erfarenheter, tankar och upplevelser av dagligt arbetsliv genomförts där ”Zu den Sachen

selbst", det vill säga "tillbaka till sakerna själva" utgjort ledstjärnan. "Sakerna" kan avse såväl de konkreta som abstrakta företeelser som det studerade fenomenet innefattar (Husserl, 1992, s.13). Med ett fenomenologiskt förhållningssätt har en ökad förståelse eftersträvats för patientsäkerhetsproblematiken, så som den framträder för vårdpraktiken för att därmed finna fenomenets essens. Med essens i denna studie avses sakernas väsen, det vill säga det som medvetandet är riktat mot, och som avspeglar det generella som framträder (Barbosa da Silva och Wahlberg, 1994). Det generella som framträder i studien, och som inte nödvändigtvis kan mätas eller förstås genom kausala samband, bygger på personalens minnen, känslor och erfarenheter så som detta kommer till uttryck (Giorgi, 1997). Därmed innebär mitt förhållningssätt och tillvägagångssätt att jag försökt:

> […] förstå enskilda människor och sociala grupper utifrån de levda relationer, som de har till sin miljö, den värld de lever och verkar i. Genom att begränsa sig till mindre avgränsade miljöer är det möjligt att genomföra mer holistiskt präglade studier och fördjupa olika detaljer (Bengtsson, 1991, s. 16-17).

5.2.2 Urval och genomförande

Juni-okt 2008 genomfördes förberedande fältbesök inför öppna intervjuer, eftersom "…the fieldworker sits down and write about a setting he does not yet understand." (Emerson, Fretz och Shaw, 1995, s. 69). Syftet var att fördjupa förståelsen för kontexten som Widerberg (2002, s. 128-129) framhåller som angelägen, och möjliggöra mer informella och fria samtal (Spradley, 1979, s. 58). Personalen tillfrågades därefter brevledes om medverkan i intervjuer i linje med HFSR etikregler (Vetenskapsrådet, 1990). Av brevet framgick vägledande frågor inför intervjuerna för att mana till reflexion omkring tankar, erfarenhet och upplevelser av problematiska och riskfyllda omständigheter av betydelse för vårdtagarnas säkerhet.

En bred bemanningsprofil har eftersträvats för att erhålla en jämn fördelning av ålder, erfarenhet och kön, men på grund av arbetsbelastning och sjukdom kom även snöbollsmetoden (Widerberg, 2002, s. 177) att användas, vilket innebär att den intervjuade ger tips om andra som kan intervjuas. 13 öppna intervjuer har genomförts, där 5 läkare (2 män, 3 kvinnor), 4 sjuksköterskor (1 man, 3 kvinnor) och 4 undersköterskor[113] (2 män och 2 kvinnor) medverkat.

Fem övergripande rubriker genomsyrade tematiskt intervjun;

- Yrkesbakgrund och upplevelser av arbetssituationen?
- Erfarenheter av problematiska och riskfyllda företeelser och förhållanden?
- Upplevelser, tankar och känslor inför riskfyllda och problematiska företeelser och förhållanden?
- Exempel på "nära ögat händelser" – och hantering av det samma?
- Den största risken och problematiken inom avancerad hemsjukvård, och eventuella uppfattningar om påverkbara och säkerhetsfrämjande åtgärder?

[113] Gruppen undersköterskor ingår i intervjustudien, även om deras arbetsuppgifter och vårdinsatser är så kallade basala där uppdragen kommer från vårdcentralerna. Basala insatser kan emellertid även riktas till patienter inskrivna vid ASiH, varför yrkesgruppen ofta kan utgöra en viktig pusselbit i såväl det vårdkontextuella sammanhang som för att även möjliggöra avancerad vård i hemmet vid svår progredierande sjukdom.

5.2.3 Fältbesök och intervjuer

Intervjuerna har bandats och genomförts dagtid hos vårdgivaren, och pågått mellan 45-60 minuter. Kompletterande anteckningar har förts vid ett par tillfällen då kassetten tagit slut, och/eller då informanten velat delge ytterligare information efter intervjun. En tematisk intervjuguide, enligt ovan, utgjorde det vägledande underlaget, men jag har försökt förhålla mig optimalt öppen inför vad som framträdde i intervjusituationen. Detta innebär att jag försökt undvika bestämda frågor, för att istället låta kommentarer och frågor formuleras under intervjun utifrån personalens berättelser.

Med probing, som intervjuteknik, innefattande speglingsteknik och parafrasering har mer fullödiga svar eftersträvats, med en lyhördhet för underliggande attityder, uppfattningar och värderingar (Patel och Tebelius, 1987; Jacobsen, 1993, s. 87; Starrinoch Svensson, 1996, s.64-65). Speglingsteknik och parafrasering har använts för att undvika missförstånd och öka förutsättningarna för fenomenet att framträda. Speglingsteknik innebär också att en återkopplande fråga ställs utifrån såväl ett uttalande som ett av mig uppfattat kroppsspråk, till exempel ”Du skakar nekande på huvudet…”. Vid parafrasering sammanfattas något som förmedlats, till exempel ”Om jag förstår Dig rätt så menar Du att…”. Parafrasering kan främja en validering under intervjun (Malterud,1998).

Jag har också sökt eftersträva trygghet och öppenhjärtlighet under intervjusituationen (Svensson och Starrin, 1996), likaså den följsamhet och reflexion som utgör livsvärldsperspektivets ledstjärna (Dahlberg, 1997; Dahlberg et al., 2001), varför jag försökt ge informanterna utrymme att uttrycka och beskriva de erfarenheter och risker som de själva upplevde som betydelsefulla för patientsäkerheten eller som problematiska och/eller riskfyllda i arbetssituationen. Detta har inneburit ett fylligt datamaterial, med en bred och rik variation av engagerande berättelser. Vissa informanter utgick från medhavda ”skrynkliga” lappar med omsorgsfullt förda dagboksliknande anteckningar, medan andra höll långa monologer med en mängd insiktsfulla och tankeväckande berättelser rörande problematiska och riskfyllda omständigheter och företeelser som dagligen framträder i deras arbetsrelaterade ”livsvärld” - där även samtalsformen (djupintervjun) i sig självt kom att uppfattas som ett potentiellt alternativ och även komplement till traditionell avvikelserapportering som bedömdes fungera mindre framgångsrikt för att fånga vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem:

5.2.4 Bearbetning av empiri samt analysprocedur

Intervjuerna har jag själv ordagrant transkriberat[114] för att behålla ”orginaltext” och därför söka främja ett öppet förhållningssätt, undvika förutfattade meningar, missförstånd och efterhandskonstruktioner av datamaterialet. Fördelen med detta är att en närhet till materialet kan uppnås (Repstad, 2007), och att det kan bidra till att försöka göra full rättvisa åt fenomenet och att inte ta åsikter för givna (Bengtsson, 2001; Giorgi, 1997). Jag har därefter lyssnat på

[114] Transkription har eftersträvats utifrån Per Linells (1994) rekommendation för Transkription III, det vill säga där en enklare ordagrann nedteckning av samtalet står i centrum. De klamrar som kan hittas i excerpter (citat ur intervjun) det vill säga [xxxx] betyder antingen att ett fackmässigt medicinsk uttryck översatts till en mer ”lekmannamässig” och förståelsevänlig form, eller att ett förtydligande gjorts omkring till exempel en undersökning eller behandling.

intervjuerna och parallellt läst utskrifterna, för att kontrollera överensstämmelsen – vilket även bidrog till att skapa en mer sammanhängande bild inför empiribearbetningsprocessen.

Bearbetning av empiri (fältanteckningar och intervjumaterial) samt analys har därefter genomförts efter idé av Giorgi (1997) i nedanstående ordningsföljd, och där syftet varit att få fram essensen – det som utmärker fenomenet:

1. Genomläsning av transkriptionerna ett flertal gånger för att få en känsla för kontexten, sammanhanget och helheten av betydelse för patientsäkerhetsproblematiken, utifrån hur det beskrevs av personalen.
2. Markeringar och indelning av materialet i olika meningsbärande enheter som framträdde utifrån personalens erfarenheter, tankar och upplevelser omkring; patientsäkerhet, riskfyllda och problematiska förhållanden samt arbetsförhållandenas betydelse för det samma.
3. Utifrån en mängd meningsbärande enheter av olika karaktär utkristalliserades grupperingar av sammanhållande enheter, vilket innebar att fem olika domäner om patientsäkerhetsproblematiken utkristalliserades. Dessa fem domäner var också sammanlänkande och utgjorde tillsammans olika delar av en större helhet.
4. Fenomenets essens framträdde genom dessa fem olika domäner, vilka även tillsammans utgör fenomenets generella struktur, det vill säga hur de olika delarna inbördes relaterar till varandra, och på så sätt skapar det studerade fenomenet: patientsäkerhetsproblem.

5.2.5 Resultatredovisning

Resultatet av analysen presenteras deskriptivt genom de tre olika berättelserna som utkristalliserats som framträdande och återkommande i delstudien; (1) *Den fragmenterade patienten – att vårda en del av den sjuke*, (2) *Många kockar i soppan – en komplicerad arbetssituation* samt (3) *Från inneliggande i slutenvård till slutenvård i hemmet*. Dessa rubriker är dels konkreta citat av informanter och avspeglar dels de återkommande erfarenheter, tankar och upplevelser som framträtt och bildat fenomenets mönster. Mot bakgrund av att en sammansatt bild framträtt rörande patientsäkerhetsproblematiken som fenomen, har jag i linje med Widerbergs (2002, s. 148-149) resonemang eftersträvat en helhetsförståelse av fenomenet i min framställningsform – därav valet att presentera fenomenet genom omnämnd rubriksättning. Detta innebär att fältanteckningar, informella samtal och iakttagelser från fältet (tillsammans med transkriberat intervjumaterial), utgör en fond inom vilken de problematiska omständigheterna även implicit synliggörs i form av fem meningsbärande enheter (domäner). Dessa domäner har sammanfattats och återfinns i slutet av resultatpresentationen tillsammans med en modell, där jag bokstavligen talat sökt synliggöra den framträdande bilden av patientsäkerhetsproblematiken illustrativt. Urvalet av citat har avgjorts av hur tydligt en problematik kommit till uttryckt utifrån det generella som framträder (domänerna), varför berättelserna tillsammans synliggör patientsäkerhets-problematikens essens inom ASiH – såsom den framträder genom den explorativa studien.

5.3 Resultat

Betraktat som ett fenomen är det en sammansatt bild som framträtt rörande patientsäkerhetsproblematiken, som gestaltat sig som tre sammanhållna och återkommande vårdpraktiska berättelser där den gemensamma nämnaren är: (1) Den fragmenterade patienten – att vårda en del av den sjuke, (2) Många kockar i soppan – en komplicerad arbetssituation samt (3) Från inneliggande i slutenvård till slutenvård i hemmet.

5.3.1 Den fragmenterade patienten – att vårda en del av den sjuke

För ASiHs personal framträder arbetsförhållanden som präglas av en mer eller mindre fragmenterad vård, som ofta relateras till ekonomiska, organisatoriska och politiska influenser samt en snabb medicinsk och teknisk utvecklingstakt. Slutenvårdens subspecialisering tenderar förstärka fragmenteringen, eftersom olika slutenvårdspecialister vårdar en avgränsad del av den sjuke genom fortlöpande vårdkontakter. Inom ASiH har patienter ofta kontakt med flertalet specialister inom slutenvård samt vårdcentral, och vårdbehoven kan vara såväl omfattande, sammansatta som föränderliga, något som också försvårar möjligheterna till överblick och helhetssyn:

> Ja, det är väldigt många ”kockar” inblandade, och som har olika separata ansvarsområden. Igår hade jag en patient som hade kontakt med en lungmedicinspecialist, hjärtspecialist, njurmedicinspecialist infektionsspecialist och kärlkirurgspecialist inom de senaste fem dagarna. […] Det är ju den trenden som det har blivit då, att alla bara gör sin lilla bit. (Läkare)

Oavsett mängden specialistkontakter och de avancerade vårdinsatsernas omfattning och utformning, behöver en fragmenterad patient kontinuerligt ”sammanställas” för att kunna nå en helhetssyn för säker vård. Samtidigt är inte en sådan ”sammanställning” för ett holistiskt synsätt självklart, eftersom nya ersättningssystem och vårdformer introducerats från politiskt håll, där patienter indelas i två olika grupper (målgrupp 1 och målgrupp 2), och där målgrupp 2 framstår som särskilt utmanande att kunna hantera på ett säkert sätt. Problematiken ligger i att tydligt kunna avgränsa och definiera det avancerade specifika uppdraget, för att därefter kunna utföra och bibehålla de vårdinsatser som det avgränsade avancerade uppdraget innefattar (och som ekonomisk ersättning utgår för). Då vårdcentralerna har det medicinska huvudansvaret (målgrupp 2), kan ASiHs personal utföra en specifik och avgränsad vårdinsats, men ett delat ansvar förutsätter tydliga, avgränsade arbetsuppgifter för att i praktiken kunna hanteras och utföras;

> […]vi får ett uppdrag och vi gör bara det uppdraget. Hemma hos till exempel en hjärtsviktspatient; vi tar prover, vi monitorerar, vi följer upp, sätter ut och in hjärtsviktsmedicin och allt sånt, men vi gör bara det. Sen sköter vårdcentralen och andra sjukvårdsinrättningar resten då, så vi har bara ett specifikt uppdrag. […] Det är målgrupp två. (Sjuksköterska)

Målgrupp 2 patienter kan emellertid handla om patienter med flera olika diagnoser och sjukdomstillstånd, med ibland omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga vårdbehov. Patienter som åker ”skytteltrafik” mellan hemmet och sjukhusen framträder som särskilt utsatta, och i synnerhet när patientens tillstånd förändrats och kräver tätare medicinsk uppföljning, eller där patienter är för sjuka för att kunna vårdas i hemmet på ett ändamålsenligt sätt. I takt med den medicinska och tekniska utveckling tycks förväntningarna och kraven öka på vad

som kan utföras i hemmet och i hemsjukvårdens regi, något som förefaller gå hand i hand med bristen på vårdplatser inom slutenvård. ASiH riskerar få rollen som en ”slasktratt” när slutenvården snabbt måste bereda plats för nya patienter, vilket kan föranleda att instabila patienter med omfattande vårdbehov kan remitteras för avancerad hemsjukvård:

> […] missförstå mig rätt, slasktratt - då det är ett stort tryck på vårdplatser, då får vi ta hur mycket remisser som helst, där det inte riktigt är adekvat att dom ska vårdas i hemmet, eller där vi inte kan ta ett medicinskt ansvar hemma, det kommer inte att fungera. […]vi har ju inte samma resurser som man har på sjukhus för vi kan inte hålla på och åka och ta prover stup i kvarten (Läkare)

Det målgrupp 2 system som introducerats från politiskt håll, medför att instabila patienter med sammansatta vårdbehov kan bli aktuella för avgränsade vårdinsatser. Något som också kan ge upphov till frustration i yrkesrollen eftersom ett holistiskt synsätt och patientens säkerhet kan behöva åsidosättas, till förmån för ett slags tunnelseende som målgrupp 2 systemet ger upphov till. Ett riskfyllt tunnelseende riskerar förstärkas genom subspecialiseringen, om ett stort antal aktörer vårdar olika delar av den sjuke:

> Så vi har ju kommit liksom långt i vårat lilla tunnelseende att bara avgränsa så tydligt som möjligt uppdraget som vi fått. Fast det tar ju emot att som doktor ha såna skygglappar på sig, och dom skygglapparna har vi ju fått av våra beställare. Att bara se en del av den som är sjuk. Det är i och med att det här målgrupp två systemet har införts. […] men det är liksom det uppdraget som politikerna och beställarna har gett till oss då, att vi ska jobba på det sättet, med skygglappar, och bara se en del av patienten. (Läkare)

Den politiska ledningen framstår som oförstående inför innebörden av att vården fått instrumentella och mer industriella inslag med mer avgränsade och riktade punktinsatser genom målgrupp 2 systemet. Samtidigt som det helhetsansvar över patienterna som målgrupp 1 systemet innebär också tar stora personella resurser i anspråk ofta under lång tid, vilket betyder att en ”viss typ” av patient behövs oavsett målgruppstillhörighet. Patienterna kan inte vara allt för vård- och omsorgsbehövande eftersom såväl arbets- som vårdsituationen måste vara hanterbar och säker i hemmet, samtidigt som urvalet av patienter indirekt inverkar på förutsättningarna att skriva in nya patienter för vård. Det behövs därmed en viss genomströmning av patienter för att kunna reglera och hantera såväl arbetsbelastning, patientsäkerhet som ekonomi:

> dom här patienterna som vi inte gör så mycket med, dom är jättebra ekonomiskt, vi kan inte ta bort alla dom, för då skulle vi gå omkull liksom. […] och det gör ju, som sagt, att vi behöver några som det inte är så mycket att göra med, för att kunna ta hand om dom som det är mycket och göra med (Läkare)

Det genomtänkta patienturvalet handlar ytterst om patientsäkerhet och om att inte ”drunkna” och gå under ekonomiskt av omfattande och svårkontrollerbara vårdbehov, som riskerar att inte kunna hanteras i hemmet på ett säkert och värdigt sätt. Som exempel på ”fel” patient omnämns instabila patienter, samt de med omfattande medicinska behov med täta monitoreringsbehov och blodprovskontroller. Alternativt då patienter inte är tillräckligt självgående (till exempel demens eller kognitiv svikt), eller då anhöriga inte kan ”ställa upp” i tillräcklig utsträckning. Att vara självgående förefaller öka förutsättningarna för säker och värdig vård i hemmet. Omfattande, sammansatta och föränderliga vårdbehov framträder därmed som såväl

riskfyllt som problematiskt att hantera i hemmet för såväl personal som patient. När avancerade vårdinsatser ska utföras i hemmet, till exempel aktiv cancerbehandling innefattande smärtlindringsbehov, kan förutsättningarna för såväl säkerhet, värdighet som ansvar utmanas och i synnerhet om patienten inte är tillräckligt självgående. En ökad valfrihet för patienten att vårdas i hemmet, utgör en annan utmaning. Slutenvårdens remisser kan inbegripa olika slags patientgrupper, och vara en följd av ett eget val av patienten att vårdas i hemmet, eller utgöra ett önskemål från en remittent inom slutenvård med inte helt enkla förfrågningar om vårdinsatser:

> Planeras kemoterapi, och då blir min fråga: hur ska vi säkra hennes behov av eventuella smärtgenombrottsdoser i hemmet? Vi kan inte vara hos henne hela tiden, det finns inte en chans. Om hon inte är tillräckligt kognitiv, alltså med på tåget, så att hon själv kan larma och ringa, hur ska vi kunna supporta henne? Hur ska jag kunna ta ett medicinskt ansvar för någon som inte är kapabel att klara sig själv i hemmet, ensam boende? Alltså, hur ska det gå till? Det är inte möjligt, men hon behöver hjälp. Är det då rätt vårdform att skicka hem henne? (Läkare)

En fungerande, patientsäker och värdig vård i hemmet förefaller förutsätta ”rätt” patienter. Ett flertal exempel framkommer där ”fel” patienter av någon anledning kommit vårdas i hemmet, och där ASiH haft uppdraget att vårda en avgränsad del av den sjuke genom främst målgrupp 2 systemet. Bristande förståelse, kunskap och missförstånd omkring varandras uppdrag och arbetsförhållanden framträder genomgående som en problematisk företeelse och belastning, vilket också skapat irritation mellan involverade parter vid delat ansvar genom att orimliga förväntningar uppstått:

> […]vi har inte förstått hur [vårdcentralerna] har jobbat riktigt, och vad dom har för patienter. Ja, vad man har för patientkategorier helt enkelt, och hur tunga dom är. Och vi har bara gått in, och som man säger plockat russinen ur kakan ibland. [Vi] går in och bara ger antibiotika, eller går in och ger vätskedrivande. Dom tycker vi kan göra andra saker, men allt det här är ju bara ett dåligt samarbete, en dålig kommunikation. (Sjuksköterska)

Problematiken har föranlett att ASiH initierat informationsverksamhet gentemot de aktörer som är involverade omkring inskrivna patienter; med förhoppning att klargöra roller, tydliggöra ansvar och söka bidra till effektivare och patientsäkrare vård. En tidspressad arbetssituation återkommer emellertid genomgående, och utgör en omständighet som kan inverka på mötet med patienten, förutsättningarna för planering och uppföljning av utförda vårdinsatser. Ett tidspressat schema förefaller också ge ett begränsat utrymme för vårdens portalvärden som till exempel lyhördhet vilket kan äventyra patientens säkerhet. Att förbereda sig inför ett hembesök, att ha tid för att ställa en fråga eller svara på en fråga, eller att ha tidsmässigt utrymme att stanna till under några extra minuter hos en patient för att få en uppfattning om allmäntillståndet, är något som ofta framhålls som betydelsefullt för en säker och värdig vård. Samtidigt som en fragmenterad vård innefattande uppdraget att utföra avgränsade vårdinsatser, ger ett mycket begränsat praktiskt och ekonomiskt utrymme för den typen av vårdfilosofiskt förhållningssätt i patientmötet. Detta blir mest uppenbart vid i synnerhet avgränsade vårdinsatser, och där en tidspressad arbetssituation framträder - där personalen tvingas kompromissa med såväl patientens säkerhet som med vårdfilosofiska värden som empati och lyhördhet, för att kunna och hinna utföra vårdinsatserna enligt uppdragets avgränsade utformning:

> Jag gör det jag ska, men jag kanske skulle vilja stanna 10 minuter för att följa upp eller svara på en fråga som är ställd, och då känner jag att jag inte riktigt hinner med alltså […] det ska ju kännas också att man gör ett bra besök, för patienten alltså, inte bara att jag rusar in och ut. […] och det är också en patientsäkerhetsrisk, det här att man skyndar på. Oftast blir det ju rätt i allfall då, för att man kan läsa i bilen innan man går in (Sjuksköterska)

En tidspressad arbetssituation framträder där väl avgränsade vårdinsatser förefaller kunna inverka på förutsättningarna för vårdens portalvärden som till exempel empati och lyhördhet. Fragmenterade arbetsuppgifter och tidspressen präglar vad som är ekonomiskt och praktiskt möjligt, något som även kan medföra ett slags etisk stress om personalen behöver kompromissa med sin egen samvetsövertygelse i mötet med patienten under vårdinsatsen. Ett flertal exempel framkommer på problematiska situationer med etiska och moraliska dilemman, där det finns ett begränsat tidsmässigt och praktiskt utrymme för vårdfilosofiska värden, något som kan föranleda frustration och obehag för såväl personal som patient:

> Man skulle vilja sätta sig ned och prata, och ta hand om patienterna, och liksom fixa lite grejer om man känner att dom till exempel lukar kiss, men vi har inte tid med det, utan vi får göra vårt och sen får man gå. Det är jättejobbigt när man ser en patient som liksom ligger i sängen och har ont och kanske är ledsen eller nånting. Jag har varit med om patienter som har gråtit, och då brukar jag i alla fall försöka stanna kvar, så de känner att det är okej att jag går liksom, man får försöka ta sig tid helt enkelt ibland, men oftast så hinner man inte det. Det är jättejobbigt. Man ser saker som man skulle vilja göra utöver sitt jobb, men att det inte finns tid för det heller. Det ingår inte i våra arbetsuppgifter heller, och nu har dom ju hemtjänst som gör sånt där, men det kan ju brista där också- (Undersköterska)

När flertalet aktörer och yrkesgrupper är involverade i hemsjukvården kan det även föreligga otydligheter omkring vem som gör vad, en otydlighet som också paradoxalt nog kan förvärras om ett mer flexibelt och behovsinriktat arbetssätt tillämpas för att möta patientens vårdbehov så som det framträder i vårdsituationen:

> […] dom här målgrupp tvåorna ska i första hand ha den hjälpen [från vårdcentralen] men plötsligt så blandar man in våra paramedicinare[115] när det till exempel finns tidsmässigt utrymme och patienten behöver det, och det blir inte bra för då undrar man sen vem som gör vad, för det är fortfarande vårdcentralen som har huvudansvaret. (Sjuksköterska)

I hemmet återfinns den fragmenterade patienten med mer eller mindre sammansatta och föränderliga vårdbehov, där olika antal aktörer vårdar sin del av patienten. Ett slags vårdpraktikens livsvärld framträder där politiska, ekonomiska och organisatoriska influenser präglar arbetsförhållandena och indirekt patientsäkerhetens villkor, en arbetssituation som lätt kan bli tidspressad och präglas av ”vård på ackord” genom ett avgränsat synsätt. Olika dimensioner av risker och problematiska företeelser framträder, där hemtjänstens personal förefaller återfinnas i slutet på ett slags vårdkedja som inte finns, eftersom var och en vårdar sin del av den sjuke och där kontroll över det pågående skeendet och överblick kan bli svårt. För att kunna arbeta med ett avgränsat synsätt och ”skygglappar” framträder ett gränssättande förhållningssätt som en nödvändig strategi, som möjliggör att tydligt ansvar och en fungerande arbetsfördelning kan upprätthållas mellan aktörerna. Att veta exakt vem som gör vad skapar förutsätt-

[115] Med paramedicinare avses en yrkesgrupp inom sjukvård, som inte arbetar med vad kategoriseras som rent medicinska behandlingar. Till exempel en sjukgymnast, dietist, arbetsterapeut, kiropraktor och logoped.

ningar för tydliga gränser, likaså att alla gör lika och inte något ”extra”. Gränssättningen framstår som nödvändig för såväl patienter som personal för att undvika patientsäkerhetsrisker med oklart ansvar och orimliga förväntningar från patienternas och andra vårdaktörer, samtidigt som utrymmet för vårdens värden såsom lyhördhet och empati därigenom minskar:

> […] jag vet vad dom gör, och jag vet vad vi gör, sen gäller det att man håller sig till det också. Inte att man är extrasnäll och gör det här extra, för det skapar förvirring. Det gäller att liksom vara fyrkantig inför patienten när vi har en viss uppgift, och för vår skull också, så att det inte blir det här att: ja, men den gjorde ju det, men varför gör inte du det här? Men, som sagt, det är inte alltid enkelt att sätta dom här gränserna (Sjuksköterska)

5.3.2 Många kockar i soppan – en komplicerad arbetssituation

En sammansatt vårdsituation framträder, där olika aktörers bidrag i patientens omvårdnadspussel inte förefaller i vårdprocessen som helt enkelt att klargöra och intuitivt förstå. Den svåröverblickbara vårdsituationen relateras till bland annat mängden aktörer, patientens valfrihet rörande hemtjänst, ett delat ansvar med vårdcentralerna, språkliga hinder samt icke ändamålsenliga kommunikationsmedel och kommunikationsformer för överblick av vårdsituationen. Problematiska och riskfyllda omständigheter förefaller uppstå med frågor som; vem gör vad? vem ansvarar för vad? vem kontrollerar vad som är gjort, och vem har överblick på vem som gjort vad, och när något görs eller genomförts? Olika exempel framkommer där ASiHs personal måste hänvisa patienten vidare till annan vårdaktör, när symtomet eller det behov som påtalas bedöms ligga utanför uppdraget. Detta gäller i synnerhet patienter tillhörande målgrupp 2. En vårdsituation kan framträda där förvirring uppstår för patienten, och där det blir oklart var han eller hon egentligen kan och ska vända sig:

> Man hänvisar patienten och säger att: jaha, vi ger dig antibiotika, men har du ont i magen, eller känner du dig yr, eller kan du inte sova på nätterna, kissar du mycket på nätterna, så är det vårdcentralen du bör vända dig till, eller det här är något du bör vända dig till akutmottagningen för. (Sjuksköterska)

En osäkerhet kan infinna sig vid olika symtom och krämpor, där patienten inte klarar av att bedöma sitt eget vårdbehov, och där det blir oklart vem patienten egentligen ska vända sig till med sitt problem (vårdcentralen, akuten, ASiH, specialistvårdsmottagning o s v.) Det kan också handla om att patienten inte förstår eller kan följa de automatiska instruktioner som ges via telefonrådgivning för vägledning, att patienten hamnar i långa telefonköer, eller av språkliga skäl inte kan göra sig förstått. Olika situationer exemplifieras där patienter hänvisats vidare men av olika skäl inte lyckats söka hjälp i tid och/eller lyckats komma i förbindelse eller nå nå rätt vårdgivare, något som föranlett försämrat hälsotillstånd och akuta situationer:

> [patienterna] blir ju förvirrade så klart. Dom vet inte vem som gör vad, vem dom ska vända sig till med det här, också blir dom också osäkra. Och förvirrade osäkra patienter blir ju oftast sämre i sin sjukdom, också. […]så då har man ett fysiskt problem som uppkommer också då som ”symtom” på det här [målgrupp 2 systemet] va, och i värsta fall då, så måste patienten åka in till sjukhus, (Sjuksköterska)

När vårdbehoven är omfattande, sammansatta och föränderliga kan även de omvårdnadsmässiga behoven vara mer framträdande, och där anhöriga, personliga assistenter och hemtjänstens personal närmast patienten blir ASiHs eller andra involverade aktörers ögon och öron som förmår fånga upp information av betydelse för ett patientsäkert vårdförlopp. Hemtjäns-

tens personal framhålls som betydelsefull för såväl patienten som personalen, men ett formaliserat samarbete är något som inte låter sig verkställas på något enkelt sätt. Privatiseringsvågen, patientens egna val av hemtjänstaktör, samt den stora mängd hemtjänstinsatser som kan behövas för att möta den sjukes vårdbehov i hemmet av dygnet runt insatser, framträder som ett utmanade uppdrag att koordinera:

> Hemtjänsten är inte en grupp liksom, det är inte en person som du ringer också löser du hemtjänstfrågorna. Vi har patienter som har sju-åtta grupper som kommer hem till sig, och sitta och kontakta alla dessa grupper, med du vet – det är ju dagpatrullen och kvällspatrullen och dom kan komma från olika ställen, och på helgerna så är det ytterligare ett ställe, och sen på natten ytterligare ett ställe, då är det något uthyrningsföretag […]där snackar vi verkligen in och ut bland personalen. Det är stor omsättning på personal, så är det bara, och sommaren är det 10 gånger värre. (Sjuksköterska)

En bild framträder av komplicerade organisatoriska, kommunikativa och ansvarsmässiga förhållanden som är svårt att praktiskt hantera, något som får betydelse för personalens förutsättningar att jobba säkert och förhindra vårdskador. Problematiken med informationsutbyte och samverkanshinder är ett återkommande fenomen, som förefaller sammanfalla med den svåröverblickbara vårdsituation som lätt uppstår då flertalet aktörer är involverade i vården av den sjuke i hemmet. Det föreligger ingen självklar form eller givet forum för en långsiktigt hållbar formaliserad samverkan mellan de många aktörerna. Avsaknad av tydlig information (muntlig eller skriftlig) vid delat ansvar framkommer som problematiskt och riskfyllt inom ASiH, men även andra risker av mer oväntat slag framträder som till exempel den gemensamma digitala journalen som delas med alltfler involverade vårdaktörer. ”Många kockar i soppan” framträder som en återkommande och riskfylld företeelse som även förefaller genomsyra den digitala patientjournalen:

> Ju fler användare som kommer in i läkemedelsjournalen, desto större risker är det […] vi har hunnit gå igenom en del av barnsjukdomarna och lärt oss, men det är ett fullkomligt livsfarligt system, alltså det finns många positiva saker, det går läsa, man har det där. […] men det som är faran nu är när det kommer in fler och fler användare. (Läkare)

Den aktuella medicineringen utgör en ständig utmaning, eftersom patienterna ofta besöker och ordineras läkemedel av flera olika läkare. När patienten delas mellan olika läkare ställs ASiH ofta inför det faktum att läkemedelsförändringar genomförs, men utan att någon information eller överrapportering rörande detsamma nödvändigtvis sker. Alla förskrivande läkare har inte samma digitala journal, och formerna för informationsöverföring kan variera, och innefatta allt från faxmeddelanden, ett telefonsamtal, eller en ”tystnad” som bryts först när ett nytt vårdbehov uppstår hos patienten som en följd av att ett läkemedel visar sig vara till exempel utsatt:

> Hon hade åkt in på sjukhus här i mitten av november ett par dygn, och man hade ändrat, i princip massor, med hennes smärtmedicinering, lite oklart varför och hur. Hon skickas hem, och sen hade vi inte hört så mycket, och nu så klagade hon då för smärta, och läkemedelslistan stämmer inte. Dom injektioner vi har ordinerat tidigare, finns inte kvar, dom är utsatta, så sköterskan ringer och frågar: vad får jag ge? (Läkare)

En nyckfull och svåröverskådlig vårdsituation framträder vid i synnerhet delat ansvar med vårdcentralerna. En oberäknelig och svårkontrollerbar vårdsituation framkommer där avsevärd tid måste ägnas åt att läsa journalanteckningar från tänkbara vårdkontakter, för att, om möjligt, upptäcka en förändring i till exempel läkemedelslistan. Som en följd av många ”kockar” uppstår en tungarbetad och tidskrävande arbetssituation, där förutsättningarna att komma i kontakt med olika aktörer (och inte minst vårdcentralen) för avstämning, föranleder en betydande arbetsinsats för att nå kontroll över patientens vårdsstatus. Vårdcentralen framstår som otillgänglig i olika sammanhang, och de kommunikationsmedel som står till buds för att nå vårdcentralerna förefaller inte framgångsrika eller ändamålsenliga. När oklarheter föreligger omkring patienter som delas med andra aktörer, får ASiHs personal ofta påbörja en tidskrävande ”jakt” på olika specialister inom slutenvård, vårdcentralens läkare och/eller distriktssköterskor. Den dagliga ”jakten” handlar om att nå klarhet i allt från oklara ordinationer, till avstämningar omkring vårdförloppet, till vem som ska göra vad med patienten. En otillgänglig vårdcentral, förefaller sammantaget kunna medföra såväl tidskrävande kontaktförsök, obehag, frustration, stress som energiförlust och resignation hos personal, som risker för patienterna:

> Jag försökte i två veckors tid att få tag på vårdcentralen. Skrev remiss. Vi faxade över, och den där doktorn ringde upp och sa nånting till våran sekreterare, och sen så fick jag ändå inte prata med]doktorn]. Jag lämnade också meddelande till sköterskan och sa att om jag inte får någon kontakt, så kan vi inte säkra vården kring patienten. Sen blev [patienten] akut mycket sämre (Läkare)

De största riskerna framträder och exemplifieras vad avser patienter tillhörande målgrupp 2, men risker och utmaningar finns även när det gäller målgrupp 1 patienterna. Olika exempel framkommer där kommunikationsformerna och kommunikationsmedlen inte räcker till för att hantera och säkra vården omkring patienten. Det kan handla om att det saknas tid och resurser för en gemensam dialog omkring patientens vårdförlopp, och att olika aktörer bedömer provsvar olika utifrån sitt specialistperspektiv, och att involverade vårdaktörer befinner sig på olika utspridda geografiska platser. Personalen hämtar i huvudsak sin information omkring patienten genom dokumentationen som återfinns i den (förhoppningsvis gemensamma) digitala journalen, och det tidsmässiga utrymmet för muntliga rapporter är begränsat. Traditionella muntliga rapporter, ronder och samtal omkring patienter kan ta avsevärd tid i anspråk, varför den digitala journalen framhålls som en tillgång då informationen finns samlad och lättillgänglig, samtidigt som detta föranlett att individuella ”läsrapporter” fått ett betydande utrymme, framför muntlig informationsöverföring, något som emellertid även framträder som problematiskt och riskfyllt i olika avseenden:

> Det som saknas om man bara har journalanteckningar är ju allt prat omkring, det är ju mycket som man inte kan skriva ned i en journal som ändå kan påverka vården mycket då. Om det är anhöriga som känner sig speciellt oroliga eller har väldigt mycket frågor, eller hur man ska tackla det här lite på ett bättre sätt. Man får inte skriva vad som helst i en journal, men på något sätt behöver vissa saker ändå komma fram. (Läkare)

Den digitala journalens informationsmängd som finns tillgänglig förefaller i kombination med ett pressat tidsschema ha trängt undan muntligt informationsutbyte omkring patienterna, något som också har sparat tid. Samtidigt framträder den begränsade mängden med muntliga rap-

porter som problematiskt ur ett pedagogiskt perspektiv, rörande såväl pågående behandlingar och sjukdomstillstånd. Tid och möjlighet att kommunicera till exempel vårdförloppet och läkemedelsbehandlingar inom ett arbetslag omnämns som en tillgång ur ett såväl ett pedagogiskt som patientsäkerhetsmässigt perspektiv, dels informativt vad avser själva läkemedlet men också minnesmässigt för att även kunna påminnas om eventuella förändringar rörande patienten. Muntlig kommunikation är emellertid inte oproblematiskt, och ett flertal exempel framkommer där kommunikationssvårigheter kan uppstå som får betydelse för patientens säkerhet i hemmet:

> det kan vara väldigt, väldigt svårt, för ofta har vi patienter som inte pratar svenska, och det kan vara jättejobbigt, för ibland kan dom säga någonting till en, och man har inte en aning om vad dom säger överhuvudtaget. (Undersköterska)

Bristande språkförståelse är en återkommande företeelse som försvårar informationsutbytet i vårdpraktiken mellan såväl patienter, anhöriga som personal. Detta kan medföra missförstånd, något som kompliceras ytterligare av att muntlig kommunikation ofta används i akuta situationer, där information överlämnas för ställningstagande i flera olika led mellan patienten och läkaren (och även via närstående om patienten är för sjuk för att kommunicera), det vill säga bedömningar på distans i en vidare bemärkelse. Exempel ges på situationer där patienten inte varit samarbetsvillig, och framstått som ”besvärlig”, men där det visat sig att patienten varit rädd för vårdinsatsen men inte kunnat göra sig förstådd. En tidspressad arbetssituation, ”många kockar” och rotation på personal utgör andra aspekter som inverkar på arbetssituationen, vilket blir mest tydligt rörande patienter tillhörande målgrupp 2. I slutändan måste emellertid gränserna upprätthållas mellan aktörerna, där den digitala journalen och ”läsrapporten” utgör det huvudsakliga redskapet för den enskilde medarbetaren att uppdatera sig omkring patientens vårdförlopp och status:

> […] det kan bli lite rörigt i och med att vi är så många i teamet då, och att vi jobbar tre skift. Så jobbar du natt och är borta några dagar, så gäller det verkligen för oss att vi ska hinna och kunna läsa på ordentligt innan du åker ut, så att du vet vilken patient du har framför dig nu. Vad är det sista som är sagt från läkarhåll, så jag vet precis vad som gäller, och var gränserna går, det är ju för patienterna och för oss också- (Sjuksköterska)

Oavsett om patienten tillhör målgrupp 1 eller målgrupp 2, så är ofta ”många kockar” involverade i vården av den sjuke i hemmet, och problematiska och riskfyllda situationer kan uppstå vad avser den aktuella informationen om patienten. Ett flertal exempel ges på situationer när det blivit ”fel” med informationsöverföringen, och att tidskrävande strategier används för att försöka nå överblick och kontroll över vårdsituationen när något uppfattas som oklart, eller om något oväntat uppstår omkring patienten. Strategierna kan till exempel handla om att ”jaga” personal genom olika kommunikationsmedel för att nå klarhet, eller att hänvisa patienten vidare till annan ansvarig medaktör, men trots ambitiösa försök konstateras ofta att en säker överblick inte kan nås vad avser de patienter där ansvaret är delat, vilket främst rör patienter tillhörande målgrupp 2:

> […] man får se mellan fingrarna jämfört med där man har helhetsansvar, där det inte ska vara några andra som går in och roddar […] Och det behöver ju inte bara vara läkemedel, det är ju all den informationen som man kan tänkas behövas, och som

> inte rapporteras över, så det ger ju en viss osäkerhetskänsla. Man har inte koll på sina patienter, det har man ju inte. (Läkare)

När strategierna för att nå en överblick inte fungerar, och/eller blir allt för tidskrävande, förefaller en accepterande ”uppgivenhet” infinna sig inför det faktum att kontroll och säkerhet inte kan nås av tidsmässiga skäl vid delat ansvar. Det ingår inte alltid i uppdraget att nå överblick, och därmed framträder det gränssättande förhållningssättet inte bara som en strategi, utan också som ett ”symtom” på ekonomiska, organisatoriska och politiska influenser. Ett slags vårdstrukturella förhållanden framhålls i praktiken ha föranlett en inbyggd problematik med ett oklart ansvar, en svåröverblickbar organisation och tillika vårdsituation. Delat ansvar vid i synnerhet målgrupp 2 insatser kan därmed bli riskfyllt för patienten eftersom ingen i slutändan förefaller kunna nå den överblick som kan behövas, för att kunna ta ett ansvar för patientens vård på ett säkert sätt:

> Man får gilla läget på något sätt och försöka så gott det går, men det är mycket detektivarbete i det här teamet. Väldigt mycket sitta och försöka klura ut, vad har folk tänkt, egentligen, och hur har dom gjort? Och varför har dom gjort så här? Väldigt mycket sånt, för att det är så många olika involverade. (Läkare)

En ”tayloristisk” vårdsituation omnämns vid i synnerhet målgrupp 2, och där delat ansvar kan bli såväl problematiskt som riskabelt att hantera. Exempel ges på olika situationer där andra involverade aktörer från såväl slutenvård som primärvård kan svikta. Det kan handla om patienter som åker ”skytteltrafik” mellan hemmet och sjukhusen, eller att patientens tillstånd förändras och kräver tätare medicinsk uppföljning, vilket inte sällan kan bli fallet med till exempel insulinbehandlade diabetiker med sjukdomen KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom). Plötsligt kan knepiga ansvarssituationer uppstå mellan ASiH och till exempel vårdcentralen rörande uppföljning av patienten och vårdförloppet, som till exempel när en insulinbehandlad diabetiker med KOL får behov av korrigerade insulindoser i realtid som en följd av infektionen:

> Alla vet att en luftvägsinfektion förvärrar KOLen, vilket gör att blodsocker värdet stiger, ja då skenar blodsockervärdena, men det har inte vi [på ASiH] koll på, och då behöver ju patientens insulindoser höjas eller något sånt va. Det är ett exempel på att den ena handen vet inte vad den andra handen gör. Vi har delat ansvar med vårdcentralen, men vi har inte ansvar för att följa upp patientens diabetes då. (Läkare)

5.3.3 Från inneliggande i slutenvård till slutenvård i hemmet

ASiH utförs i en social och fysisk kontext av ett annat slag än den institutionella miljö som slutenvården erbjuder. Därmed utförs sjukvårdsinsatser i en miljö som inte är avsedd eller utformad för de aktiviteter som vård av sjuka innefattar, och där vårdinsatser även kan utföras av personal som saknar sjukvårdsutbildning, till exempel anhöriga eller patienten själv. De patientsäkerhetsproblem och risker som framträder exempliferas i jämförelse med en slutenvårdsmiljö, samtidigt som redan kända risker framhålls som utmanande att hantera i den nya och betydligt komplexare miljön - en arbetsmiljö som ASiH som vårdgivare dessutom inte äger. Vårdinsatser i hemmet präglas också av ett betydande ensamarbete, där viktiga ställningstaganden och beslut omkring patientens status äger rum. Genom det uttalade ensamarbetet utgör bilen inte bara ett fortskaffningsmedel, utan också en mobil arbetsplats där samtal förs omkring patienter såväl under körning som stillastående. Vid ett uttalat ensamarbete

framhålls frågor rörande erfarenhet, förtrogenhet och kompetens, upprätthållande av kompetens och fortbildning som viktiga inslag, vilket framhålls som påtagbart utmanande och i synnerhet då ett tidspressat schema föreligger och snabba beslut måste fattas med mindre utrymme för kollegiala avstämningar. Samtidigt förefaller en ökande tillströmning pågå från slutenvården till hemmet, av patientgrupper med stora, sammansatta och snabbt föränderliga vårdbehov - svårt sjuka patienter som förväntas kunna hanteras i hemmet med hjälp av bland annat avancerade hemsjukvårdsinsatser:

> […] vi brukar ju skoja och säga att de är för sjuka för sjukvården. Ja, det är så alltså. Det är liksom komplexa sjukdomstillstånd ofta alltså när vi är engagerade. vi har många extremfall. Patienter som har legat många månader på sjukhus och enda sättet att de ska få komma hem är att vi går in och ger dom dropp […] (Läkare)

Den medicinska och tekniska utvecklingen har föranlett att en rad nya läkemedel och ny teknik också möjliggöra hemvistelse istället för sjukhusvistelse i samband vård av flera olika diagnoser och sjukdomstillstånd, vilket föranlett längre inskrivningstider vid ASiH med nya vårdbehov. Därmed tycks det inte finnas någon gräns för hur stort behovet av vård på sikt kan bli i hemmet, eftersom det inte är sjukvård som egentligen efterfrågas, utan en förbättrad hälsa och ett längre och värdigare liv utanför sjukhusets väggar. Nya och medicinskt vårdbehövande patienter beskrivs återfinnas i hemmet, vilket därför tycks ställa stora och nya krav på erfarenhet och förtrogenhet samt tillgänglig specialistkompetens, upprätthållande av kompetens och fortbildning m.m. Frågor som också aktualiserar huruvida organisationen är tillräckligt resursmässigt utformad för att möta dessa nya vårdbehov som uppstår hos nya patientgrupper som genomgår olika slags avancerade behandlingar från specialistsjukvårdens sida:

> Man har fört över patienterna, men man har inte fört över kompetensen och inte heller resurser, så att pengarna finns kvar där [slutenvården], resurserna finns kvar där på klinikerna, och vi får patienterna ändå. Vi har inget emot det, men vi måste vara riggade för det på ett annat sätt. (Läkare)

ASIH var tidigare i huvudsak inriktad mot palliativ vård av cancersjuka, där vård i livets slutskede bedrevs under en begränsad tid. En obotlig och svår cancersjukdom framhålls emellertid inte som en snabbt dödlig sjukdom, utan snarare som ett kroniskt sjukdomstillstånd som kan behandlas och sträcka sig över flera år. Detta medför bland annat behov av kontinuerlig uppföljning och biverkningskorrigering, något som framhålls som angeläget eftersom cancerpatienter numera även genomgår aktiv kemoterapibehandling i hemmet. En intensiv uppföljning av behandlingen framhålls därmed som angelägen, för att dels stödja patienten under många gånger tuffa behandlingsförlopp, dels för att inte förlora patienter i biverkningar som inte uppmärksammats i tid, det vill säga förhindra vårdskador. Tid för kollegialt erfarenhetsutbyte, upprätthållande av kompetens och fortbildning framträder därmed som nyckelfrågor för en säker och värdig vård inom ASiH, likaså tillgång till lämpliga avlastningsplatser vid behov:

> Det är ju så motsägelsefullt att man ger [olika cancerbehandlingar och läkemedel], alltså du kan ge hur mycket som helst, och sen då? Vem ska patienten vända sig till, för vårdplatserna finns inte? Resurserna är så krympta så patienterna hamnar som satelitpatienter [=vårdplats på en annan avdelning/specialitet än avsett] om dom remitteras in, och lika fort ut igen, så det blir ju väldigt halvmesyrigt, det känns inte tillfredställande tycker inte jag. Jag kan se så stora risker hela tiden med detta […] (Läkare)

Frågor rörande kompetens och förutsättningar för fortbildning och lärande är något som framkommer som en angelägen punkt, mot bakgrund av det uttalade ensamarbetet och den begränsade mängden av muntliga rapporter och medicinska ronder. När information omkring patientens status införskaffas i huvudsak utifrån individuella ”läsrapporter”, genom den digitala journalen, framhålls ett kollegialt erfarenhetsutbyte som ett angeläget komplement för fortbildning och lärande, men utgör något som kan förhindras av tidsmässiga skäl:

> Jag väljer att plocka bort information, jag väljer att ta bort frågor, jag väljer att inte dra saker […] istället för att berätta om den nya patienten, så väljer jag att berätta om det jag ser som ett problem, eller som jag behöver få åtgärdat […] eftersom man inte har någon avsatt tid för medicinska ronder, som man ju har på vilken avdelning som helst på ett sjukhus. Så det är en ganska stor risk, skulle jag säga, att man som oerfaren doktor missar saker, absolut. (Läkare)

Det är inte bara tid och forum för erfarenhetsutbyte och lärande omkring olika behandlingar, diagnoser och sjukdomstillstånd som framträder som en angelägen patientsäkerhetsfråga, utan även tillgång till kunskap och erfarenhet vad avser den praktiska vården vid olika sjukdomstillstånd. Det kan handla om personliga assistenter eller hemtjänstpersonal med begränsad medicinsk eller omvårdnadsmässig kunskap behöver konkret vägledning och instruktioner omkring själva omvårdnaden i hemmet, innefattande till exempel andningsteknik och sugteknik av luftvägar. Genom att ”många kockar” figurerar omkring den sjuke, framstår det som viktigt men oklart hur kompetensen ser ut närmast den sjuke men också bland andra involverade medaktörer som är mindre kända. Frågor som återkommer är till exempel huruvida kompetensen bör kontrolleras, samtidigt som detta inte är praktiskt möjligt. Dessa frågor utgör angelägna patientsäkerhets- som trygghetsmässiga frågor i vårdpraktiken eftersom personer närmast patienten ofta utgör läkarens och sjuksköterskans ögon och öron, men där man måste lita på att situationen löser sig när det gäller en patient och en vårdinrättning som inte är känd:

> För när [sjuksköterskorna] ringer så har dom inte tillgång till [patientens] journal, det är en patient som man inte känner, man vet inte riktigt vem sjuksköterskan är så man kan inte riktigt veta, det är lite olika vem som ringer, jag vet inte deras rutiner, jag vet inte vad dom brukar göra när det är en patient som behöver nåt stöd, så då får det bli lite så här, ja, jag får lösa det efter den situationen så bra man kan, och sen får man hoppas att det går bra […] (Läkare)

En avsevärd mängd med teknik och apparatur förekommer i hemmen, och då personalen roterar mellan olika patienter kan det bli ett fåtal möten med apparatur och därmed begränsad mängdträning, något som även framhålls som knepigt att hantera i vårdpraktiken. Ansvaret att upprätthålla kompetensen ligger på den enskilde yrkesutövaren, och man får ta sig tid om man känner att man behöver. Ett tidspressat schema och skiftgång framhålls som begränsande när det gäller att närvara vid de tillfällen som anordnas för teknikträning, och där ett slags vårdpraktikens ”livsvärld” framträder där arbetet måste flyta och patienternas besök genomföras. Olika situationer exemplifieras och beskrivs som mindre bekväma med avseende på kompetensfrågan omkring teknik och apparatur, samtidigt som den löpande verksamheten står i centrum för patienternas skull. Patienterna behöver sin vård, och oftast så finns det någon som kan tekniken:

> i och med att man gör det så sällan, så blir det aldrig någon riktigt bra rutin omkring det hela. Så det är någonting som vi brottas lite med. För det är ju lite så där att, ska jag säga, vi har jag den turen att det alltid finns någon som kan apparaterna, så det

> kan vara hemtjänst, eller personliga assistenter och det kan vara någon i vår grupp, det kan vara patienten själv.(Sjuksköterska)

Men det är inte alltid som någon kan och är förtrogen med hur apparaturen eller tekniken ska hanteras, och situationer kan uppstå där problemet får lösas på plats, oavsett erfarenhet, förtrogenhet eller tillgång till instruktion och hjälp. Olika stressfyllda situationer kan förekomma där man får prova sig fram, och det tidspressade schemat sätter också gränserna för vad som är möjligt att förvänta sig vad avser praktisk uppbackning av kollegor. Skillnaden är påtagbar i jämförelse med ett sjukhus, där praktisk hjälp eller råd ofta kan nås av till exempel kollegor i en korridor. Flera exempel ges på hur man får träna och lära i situationen, antingen själv eller tillsammans med en kollega om tid och möjlighet finns. Ett slags ”learning by doing” kan vara en nödvändig arbetsform och ett tillvägagångssätt vid ensamarbete i fältet vid nya okända situationer, och där det oftast brukar lösa sig:

> den här maskinen som matar in automatiskt, som man sätter på och sen så sköter maskinen det själv. En patient har en sån, och den vet jag inte alls hur den fungerar, och patienten vet inte heller hur den fungerar. Då förväntar man sig ju att jag som kommer ska kunna det där. […] jag testar den ju , och trycker på lite knappar, och sen trycker jag på stopp, och så trycker jag på off och så blev det ja- (Undersköterska)

Det är inte bara apparatur och teknisk utrustning som kan vara knepigt vid vård i hemmet, utan även att nya typer av insulinsprutor hela tiden utvecklas och oväntat kan återfinnas i patientens hem. I kombination med ett tidspressat schema, är även detta något som ska hanteras i vårdpraktiken. Olika problematiska situationer beskrivs, och där det inte är givet hur situationen ska hanteras för att praktiskt lösas. Det kan handla om att patienten inte öppnar dörren vid påringning när en nyckel saknas, eller att en aggressiv hund vaktar den sjuke och bostaden, eller att personalen ensam navigerar sig fram i mörkret i socialt oroliga bostadsområden. Rusningstrafik och problem med att hitta såväl till adressen som att finna en parkeringsplats, kan utgöra andra utmaningar. Många patienter väntar på olika bostadsadresser på sin insulinsprута, och där flera tillsynes oväntade aspekter blir av betydelse för möjligheten till en säker vårdinsats under tidspress i hemmet:

> Man ska då leta liksom i hela köket oftast var dom har sin grejer, för [patienterna] vet ju oftast inte det.[…] nålarna kan stå på ett ställe, och insulinpennan kanske ligger i kylskåpet, eller någon annanstans, och då får man springa omkring och leta liksom, och klockan går. (Undersköterska)

Det är inte bara den synliga fysiska miljön, som utgör en utmaning i det för vårdinsatsen icke anpassade hemmet. Hygienfrågor och förekomst av multiresistenta bakterier (till exempel MRSA) är andra aspekter som lyfts fram som knepigt att överblicka och hantera i hemmen, för att undvika smittspridning. Den autonome patienten, anhöriga eller personliga assistenter, sköter ibland mycket av vården av patienten i hemmet. Detta kan innefatta att koppla från droppslangar, lägga om sår eller överhuvudtaget hjälpa till med den personliga hygienen. Oavsiktlig smittspridning framhålls därför som en betydande risk i hemmet, på grund av bristande kompetens hos kommunal hemtjänstpersonal (eller patienten och de närstående i hemmet) som saknar medicinsk utbildning, erfarenhet och förtrogenhet med infekterade patienter. Samtidigt som såväl tillkortakommanden omkring ett hygieniskt förfaringssätt kan finnas, så kan också information saknas om att patienten faktiskt bär på så kallade multiresistenta

bakterier (till exempel MRSA) – det vill säga svårbehandlade och därmed samhällsfarliga bakterier om de sprids. Ett flertal hembesök kan ha genomförts och där det först i efterhand har framkommit att patienten burit på en multiresistent bakterie, och även att det varit oklart huruvida aktörerna som finns närmast patienten är informerade och har kunskap och praktiska förutsättningar att hantera situationen för att undvika oavsiktlig smittspridning:

> Man måste ha kommunikation, för det är ju lite konstigt om [vårdcentralerna] inte har förstått vitsen av att man MRSA-screenar och håller på det va, och likaså kommunen, för deras personal är inte alls insatta i det här. Dom är till och med tillsagda att INTE ha plasthandskar på vissa ställen, bara för att det inte är skönt för patienten, och sen är dom ju där med sina långärmade och privata kläder, och dom ligger i sören då nästan va- […] sen för dom det vidare och det är så äckligt så det är inte sant (Sjuksköterska)

Om patienter bär på multiresistenta bakterier i hemmet, kan således smittor spridas vidare indirekt till andra hem genom såväl den utrustning som klädsel som fraktas och bärs vid olika hembesök. Ett flertal exempel framkommer på möjliga indirekta smittkällor, där bland annat mobiltelefonen omnämns eftersom vårdarbetet många gånger utförs samtidigt som en kollega konsulteras via telefon. I den icke anpassade miljön; hemmet, bilen och basstationen föreligger i jämförelse med en sjukhusmiljö mindre möjligheter att hantera hygienen på ett optimalt sätt, och spritflaskan blir det redskap som närmast finns till hands mellan besöken. De lådor som ofta förvaras i hemmet med diverse material rengörs på basstationen när patienten inte är aktuell längre för vård i hemmet, men lokalen är inte riktigt optimalt och ändamålsenligt utformad för den typen sysslor:

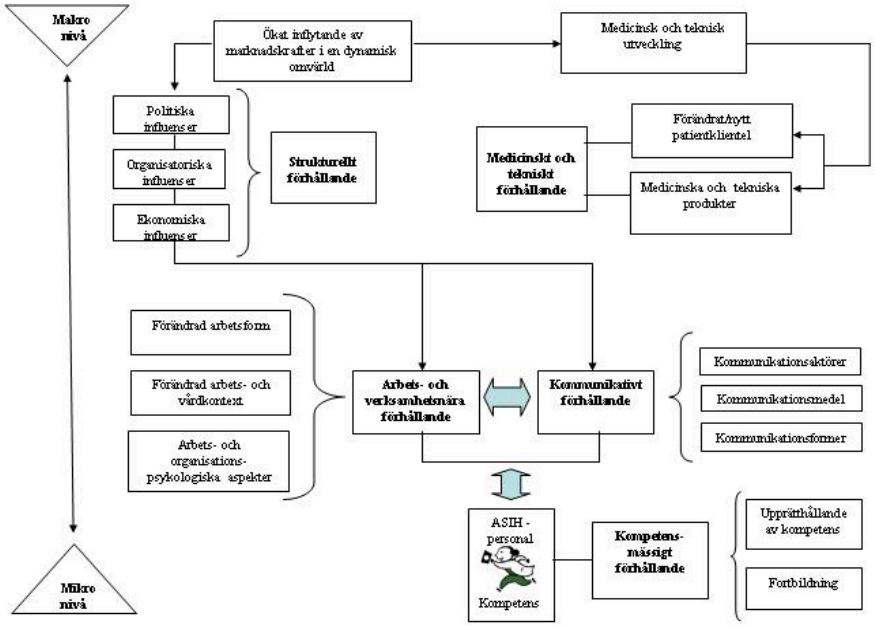
> Vi släpar runt lådor som vi packar med material, lådor som vi tar tillbaka. Det är ju ofta vi tagit tillbaka lådor när dom har haft MRSA eller VRE [=svårbehandlade bakterier], också tvättar man dom i ett duschrum bredvid toaletten. (Sjuksköterska).

När vård utförs i en icke anpassad miljö framträder bostadsanpassning och hjälpmedel som viktiga förutsättningar, något som emellertid inte är enkelt att praktiskt hantera då patienten vill hem till sitt ”vanliga” hem. Att anpassa hemmet och byta ut en säng, är för många patienter en kränkning. Den fysiska arbetsmiljön i samband med avancerad hemsjukvård är därmed inte oproblematisk att anpassa, och personalen förefaller ha en beredskap att anpassa sig långt utöver vad som är rimligt sett ur ett ergonomiskt perspektiv. Möjligheterna att skapa förutsättningar för en ergonomiskt utformad och patientsäker vårdmiljö framträder därmed som problematiskt, då bostadsanpassning och hjälpmedel innefattar ett flertal målkonflikter rörande främst; integritet, arbetsmiljö och patientsäkerhet:

> Hemmiljö är hemmiljö, och inget hem är det andra likt, och det är mörkt och det kan vara kallt, och det kan vara blött och det kan handla om att krypa på golvet och så där, men det är sällan jag tänker på det, men det är självklart att det innebär risker för både oss och patienten så klart. […] en förutsättning för hemsjukvård, det är ju ändå att en säker vård ska kunna bedrivas, och den gränsen är ju inte alltid tydlig. Ja, vi tycker kanske att, nej, det här fungerar inte, men patienten tycker att det här fungerar jättebra - och vem ska man lyssna på liksom? (Sjuksköterska)

5.3.4 Patientsäkerhetsproblematikens ”essens” – dess dynamik och villkor

Utifrån de tre ovanstående berättelserna som utkristalliserats genom studien, framträder en sammanhängande bild och ett mönster av tätt samverkande företeelser och omständigheter - som innefattar problem och risker av betydelse för såväl vårdtagarnas säkerhet som personalens möjligheter att eftersträva en säker och ändamålsenlig vård. Patientsäkerhetens villkor förefaller i denna kontext även utmanas och försvåras av ett ökat inflytande av olika slags ekonomiska ”styrmedel” i ett föränderligt och svåröverblickbart multiorganisatoriskt sammanhang. Dessa utmaningar förefaller även förstärkas av en medicinsk och teknisk utveckling, som möjliggör en medikaliserad[116] vård i hemmet för patienter med olika slags sjukdomstillstånd – samtidigt som betydande omvårdnadsmässiga behov kan finnas för att möjliggöra detsamma. Många omständigheter kan försvåra arbetsförhållandena i den frontlinje som praktikerna möter, samtidigt som möjligheterna att kommunicera, samarbeta och utbyta erfarenheter över organisatoriska gränser framstår som knepigt – detta beroende på såväl mängden involverade aktörer samt den teknik och de organisatoriska omständigheter som står tillbuds. I frontlinjen framträder även ett ensamarbete och en utsatthet för såväl patient, anhörig som personal – där kompetensens innehåll samt upprätthållandet av detsamma blir en angelägen trygghetsfråga av betydelse för såväl vårdtagarnas säkerhet som när det gäller personalens arbetsförhållanden (figur 22).



Figur 22 Patientsäkerhetens innebörd, villkor och dynamik, (egen modell).

[116] Vårdinsatser som präglas av läkemedelsdistribution.

Studiens resultat pekar mot att patientsäkerhetsproblematikens essens är systemorienterad, tvärvetenskaplig och dynamisk till sin natur, och att ASIH utgör en del av vad Rasmussen (1997) beskriver som ett dynamiskt socio-tekniskt system. Detta är något som även framhållits tidigare rörande främst slutenvården (Leape, 1994; Reason, 1995; Wiig och Aase, 2007). Ett flertal aspekter på olika nivåer har också visat sig vara av betydelse för patientsäkerhet inom slutenvård (Reiman, Oedewald och Pietikäinen, 2008), men även vid vård i hemmet (Masotti, Green och McColl, 2009), vilket även framträder av denna studie. Modellen enligt ovan synliggör det mönster som patientsäkerhetsproblematikens ”essens” visat sig byggas upp av, och där i huvudsak fem domäner utkristalliserats som meningsbärande enheter för patientsäkerhetsproblematiken betraktat som ett fenomen:

- Strukturella och institutionella förhållanden
- Kommunikativa förhållanden
- Medicinska och tekniska förhållanden
- Kompetensmässiga förhållanden
- Arbets- och verksamhetsnära förhållanden

Dessa fem domäner byggs i sin tur upp av nedanstående olika aspekter, företeelser och omständigheter, som sammantaget bildat ett mönster som de mest betydelsefulla för patientsäkerhetsproblematiken vid ASiH, (se figur 23 nedan).

Strukturellt & institutionellt förhållande	**Kommunikativt förhållande**	**Medicinskt & tekniskt förhållande**	**Kompetensmässigt förhållande**	**Arbets- och verksamhetsnära förhållande**
Ekonomiska influenser	Kommunikations-form	Medicinsk- och teknisk utveckling	Kompetens	Förändrad arbetsform
Organisatoriska influenser	Kommunikations-medel	Medicinska och tekniska produkter	Upprätthållande av kompetens	Förändrad arbets- och vårdkontext
Politiska influenser	Kommunikations-aktörer	Nya/förändrade patientklientel	Fortbildning	Arbets- och organisations-psykologiska aspekter

Figur 23 Patientsäkerhetsproblematikens essens och meningsbärande enheter (domäner), egen figur).

6. Delstudie 2: Vem kan vårdas i hemmet?

I detta kapitel presenteras den andra explorativa delstudien, vilken utgörs av en dokumentanalys av inkommande remisser till ASiH från såväl slutenvård, öppenvård (mottagningar och vårdcentraler) och särskilda boenden. För analysen finns en särskild beskrivning av genomförandet i ett metodavsnitt.

Studien är explorativ och har en induktiv och teorigenererande ansats och synliggör vad ASiH kan inbegripa för typ av patientsäkerhetsrelaterade problem, när frågan om avancerad sjukvård i hemmet aktualiseras. I fokus för studien står de problematiska och/eller riskfyllda företeelser/omständigheter som framträder genom remissinflödet från ”omvärlden”, vilket ger en bild av den förestående vårdens patientsäkerhetsutmaningar genom exempel på ”möten” mellan olika slags presumtiva organisatoriska och sociala gränsytor. Genom en textanalys av det sammantagna remissinflödet till ASiH avspeglar studien ett externt perspektiv rörande ”omvärldens” behov, förväntningar och/eller önskemål, men utgör också ett kompletterande empiriskt underlag i triangulerande syfte till den första intervjustudien (ett internt perspektiv).

6.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med dokumentstudien är att explorativt undersöka remisser och remitteringsförfarandet, med avseende på vilka problematiska och/eller riskfyllda företeelser/omständigheter/utmaningar som framträder när det gäller frågan om avancerad sjukvård i hemmet och dess möjliggörande för en säker avancerad hemsjukvård.

- Vilka problematiska och/eller riskfyllda företeelser/omständigheter/utmaningar framträder?
- Vad framträder som betydelsefullt rörande frågan om avancerad sjukvård i hemmet och dess möjliggörande för en patientsäker vård?

6.2 Metod

Utifrån en induktiv och explorativ ansats har en textanalys genomförts av inkommande remisser till ASiH, vilka inbegriper skriftlig information och kommunikation rörande presumtiva ASiH-patienter.

6.2.1 Metodval och forskningsansats

Forskningsintresset har riktats mot remissernas innehåll i remitteringsförfarandet med avseende på problematiska och/eller riskfyllda omständigheter/utmaningar, såsom detta framträder genom det totala remissinflödet till ASiH - under och i nära anslutning till - den tidsperiod som delstudie 1 genomfördes. I textanalysen har en ökad förståelse eftersträvats rörande patientsäkerhetsproblematiken, såväl inför som under de presumtiva vårdinsatser som efterfrågas och/eller pågår.

Textproduktion kan betraktas som en social handling och kan därför avspegla normer, värderingar och konventioner från det sammanhang som texten uppkom i, varför en text även kan betraktas som en produkt och som en del av ett större sammanhang (Becker Jensen, 1997). Mot denna bakgrund kan även en textanalys vara ett redskap för att ”… nå et mål, nemlig at

lose konkrete og relevante problemer (Becker Jensen, 1997, s. 7)" (Becker, 1997).[117] Becker Jensen (1997) definierar textanalys som "… *det saet sporgsmål som man stiller til en konkret tekst for att lose en konkret problemstilling og give nogle begrundede svar der kan overbevise andre om at man har ret* (Becker Jensen, 1997, s. 20)*."* Det framhålls emellertid att det är viktigt att inte vara fundamentalistisk vid tillvägagångssättet, eftersom analysmetoden (arbetsgången/proceduren) i första hand måste vara funktionell för textens typ och föreliggande frågeställning/ar (Becker Jensen, 1997, s. 20) - varför jag utvecklas analysfrågor i linje med detta resonemang.

6.2.2 Urval och genomförande

I nära anslutning till den tidsperiod (höst/vinter 2008) som delstudie 1 genomfördes inkom totalt 336 remisser till ASiH, från 116 olika remitterande instanser och tillika presumtiva samarbetspartners inom verksamhetens upptagningsområde, det vill säga olika vårdinrättningar såsom vårdcentraler, mottagningar och sjukhus/kliniker/avdelningar och särskilda boenden.[118] Urvalet har begränsats till fyra månader och i nära anslutning till att delstudie 1 genomfördes, men inbegriper inte inkommande remisser till B-team (se kapitel 3.1, figur 3 över ASiHs verksamhet). Detta då B-teams remisser endast rör basala vårdinsatser, och eftersom dokumentstudiens fokus var avancerade vårdinsatser i hemmet. Remisserna utgörs av skriftliga förfrågningar (digitalt och/eller via fax/brev) som är utformade som olika slags förfrågningar/önskemål om avancerad sjukvård i hemmet, och där remisserna i olika utsträckning visade sig kunna inkludera en sammanfattning av och/eller hänvisning till patientens – om möjligt – gemensamt tillgängliga digitala journal (eller annat pappersdokument). Detsamma gällde även remisser som inkommit via post eller fax, för vilka en manuell genomgång fick göras i arkiv. Utöver dessa 336 digitala remisser tillkom därför ytterligare 44 pappersremisser, och där 38 kunde identifieras och ingå i analysen. 24 remisser (av de 336) var felskickade, men har ingått i analysen eftersom det utgör en del av det totala remissinflödet under den tid som delstudie 1 genomfördes och exemplifierar "behov" av vårdinsatser. Remissinflödet till verksamheten avspeglar mycket konkreta exempel på olika slags inkommande uppdragsbeskrivningar och förfrågningar/önskemål, vilket även ger en bild av vad avancerad sjukvård i hemmet kan handla om för slags utmaningar i vårdpraktiken – sett ur ett patientsäkerhetsperspektiv innefattande problematiska och riskfyllda omständigheter.

6.2.3 Bearbetning av empiri samt analysprocedur

I en textanalysprocedur beaktas/riktas olika undersökande "operativa" frågor till texten, och där Becker Jensen (1997) menar att fyra övergripande "operativa" frågeställningar kan genomsyra en analysprocedur:

1. Vad är textens budskap, påståendet och/eller det omedelbara intrycket? Frågorna inbegriper en innehållsanalys av textens ämne/budskap.

---

[117] Det finns många olika tillvägagångssätt beskrivna rörande kvalitativ textanalys, se till exempel Fejes och Thornberg (2009) *Handbok i kvalitativ textanalys*. Stockholm: Liber AB., samt (Bergström och Boréus, 2007) *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.

118 Siffran 116 syftar enbart på antalet remitterande instanser (organisatoriska gränsytor), och inte på antalet personer (sociala gränsytor) som skrivit remisserna.

2. På vilket sätt framställs budskapet i texten? Frågan inbegriper en analys av olika aspekter som bland annat disposition, språkstil och argumentationsform.

3. Varför framställs texten på detta sätt? Frågan avser förklara (budskap/framställning) med hjälp av olika externa omständigheter såsom kommunikationssituationen, institutionella och samhälleliga förhållanden.

4. Vad säger texten om sig själv? Frågan avser indirekt och ”outtalad” information som till exempel normer och värderingar i det sammanhang texten uppkom.

Utifrån Becker Jensens (1997, s. 17-19) resonemang kan emellertid arbetsgången behovsanpassas, beroende på infallsvinklar och/eller omfattningen av dessa (en eller flera), och där analysen kan starta såväl vid punkt 1 som vid punkt 4. Det senare (4) kan väljas om till exempel upphovssituationen och/eller institutionen är känd, och där syftet kan vara att säga något om texten och värdet i dess utsaga – därigenom kan sammanhanget även säga något som texten. Alternativt från punkt 1, där textens innehåll och form syftar säga något om upphovssituationen.

Utifrån en idé från Becker Jensens (1997) synsätt på textanalys, har analysproceduren av remisserna och remitteringsförfarandet anpassats till studiens syfte och genomsyrats av två analysfrågor:

1. Vad är textens budskap, påståendet och/eller det omedelbara intrycket när det gäller frågan av avancerad sjukvård i hemmet? Frågan inbegriper en innehållsanalys av remisserna med avseende på framträdande problematiska och/eller riskfyllda omständigheter/utmaningar.

2. Vad säger texten om sig självt? Frågan avser mönster av indirekt och ”outtalad” information i remisser som till exempel eventuella förväntningar, föreställningar, önskemål i det sammanhang texten uppkom. Vad framträder som kärnan och som det mest väsentliga i remissernas innehåll, rörande problematiska och/eller riskfyllda omständigheter/utmaningar utifrån remisser och remitteringsförfarandet rörande avancerad hemsjukvård?

Bearbetning av empiri (digitala remisser, pappersremisser samt journalinventering[119]) och analys har genomförts i nedanstående ordningsföljd, och där syftet varit att få fram det som utmärker fenomenet: problematiska och/eller riskfyllda aspekter rörande frågan om avancerad sjukvård i hemmet och dess möjliggörande:

1. Genomläsning av remisskorrespondens (förfrågan och svar) ett flertal gånger för att få ett tydligt intryck av korrespondensens innehåll och budskap, med avseende på problematiska och/eller riskfyllda omständigheter/utmaningar och framträdande patientsäkerhetsutmaningar.

2. Markeringar och urval av gemensamma, likartade och återkommande exempel på företeelser/omständigheter som framstod som särskilt problematiskt/riskfyllt och/eller betydelsefullt för en säker avancerad sjukvård i hemmet.

[119] När jag uppfattat innehållet i remissen som oklart, märkligt eller som mycket förvånande, har jag inventerat journalen för förtydligande information (om/när så detta varit möjligt). Detta eftersom en gemensam digitaljournal inte alltid finns tillgänglig för en remitterad patient, varför journalanteckningar inte heller för mig som forskare varit praktiskt möjlig att varken nå eller läsa.

6.2.4 Resultatredovisning

Resultaten har presenterats utifrån det mönster av problematiska och riskfyllda omständigheter som framträtt vilka befinner sig inom fem olika domäner, nämligen;

- Uppdragens innebörd, omfattning och inriktning
- Roller och ansvarsfördelning
- Patientens och närståendes autonomi och ADL-status
- Bostadsanpassningsbehov och andra ”praktikaliteter”
- Trygghets- och tillitsbehov för patient, närstående och personal

Sammantaget synliggör emellertid dessa fem domäner tre idealtypiska tendenser och tillika fenomen i det empiriska materialet. Dessa tre fenomen har därför fått prägla framställningsformen av resultaten genom rubriksättningen, eftersom dokumentstudien därigenom också visade på en bild av icke patientrelaterade aspekter som betydelsefulla för vårdtagarnas säkerhet när frågan om avancerad hemsjukvård väcks.

Bilden är mångfacetterad och sammansatt och har framträtt genom återkommande och liknande exempel[120] som således format tre på varandra efterföljande idealtypiska fenomen och tendenser i remissinflödet och remitteringsförfarandet: (1) *Tacksam för ett övertagande,* (2) *Den saknade vårdplatsen* samt (3) *Den förlängda sjukhuskorridoren*. Därmed kan resultatens framställningsform betraktas som en datasammanställning av tre fenomen utifrån olika exempel som går i linje med Widerbergs (2002, s. 148-149) resonemang rörande framställningsform då en helhetsförståelse eftersträvas – vilket format berättelser som då är:

> […] konstruktioner sammansatta av element från en mängd personer och situationer. Alla och ingen kan känna igen sig. Det är just det som är syftet: att lyfta fram vissa typiska element och utforma en idealtyp, […] att abstrahera från ett flertal verkliga liv och situationer för att på så sätt lyfta fram det man uppfattar som essensen (Widerberg, 2002, s. 149-149).

[120] Urvalet av citat (exempel) har avgjorts av hur tydligt en problematik kommit till uttryckt utifrån det generella som framträder omkring en företeelse/aspekt. De klamrar som kan hittas i excerpter (citat ur remisser) det vill säga [xxxx] betyder antingen att ett fackmässigt medicinsk uttryck översatts till en mer förståelsevänlig form, eller att ett förtydligande gjorts omkring en medicinsk bedömning, undersökning eller behandling.

6.3 Resultat

Det är en mångfacetterad och sammansatt bild som framträder, med återkommande och liknande exempel som utgörs av tre på varandra efterföljande idealtypiska fenomen och tendenser i remissinflödet och remitteringsförfarandet: (1) Tacksam för ett övertagande, (2) Den saknade vårdplatsen samt (3) Den förlängda sjukhuskorridoren.

6.3.1 Tacksam för ett övertagande

Vida beskrivningar, förväntningar och oklara önskemål är ett återkommande inslag och tillika mysterium i remisserna, som inte sällan avslutas med frasen ”Tacksam för ett övertagande!”. Remissinflödet avspeglar olika slags efterfrågade insatser och tillika patientuppdrag, samtidigt som uppdragens innebörd och resursåtgången för detsamma framstår som oerhört svårbedömt. Detta innebär att ett ”övertagande” av ASiH i form av en eventuell inskrivning av en patient som antingen tillhörande målgrupp 1 eller målgrupp 2, inte heller förefaller helt enkelt – snarare tvärtom: komplicerat och resurskrävande. Trots att information kan finnas tillgänglig för ASiH i pappersform eller i den för flera vårdaktörer ibland gemensamma digitala journalen, kan underlagen omkring patienters status framstå som antingen inaktuella (om patienten redan är utskriven) eller som oklara (rörande avsikter/förväntningar/önskemål) – varför beslutsunderlagen inför eventuell inskrivning därför kan vara mer eller mindre informativa. Detta innebär att ASiHs bedömning av patienters medicinska och omvårdnadsmässiga behov, som påverkar det presumtiva uppdragets innebörd och resursåtgång, behöver söka klargöras på distans och i brist på information. Detta framstår som problematiskt inte minst eftersom patienten vanligtvis inte heller är känd och inte sällan redan utskriven, vilket innebär en oklarhet omkring patientens nuvarande tillstånd. Dessutom är det inte självklart att kontaktuppgifter till varken patienten eller eventuella närstående medföljer remissen eller framgår av övriga tillgängliga handlingar. Det som dokumenterats förefaller därmed inte nödvändigtvis avspegla det informationsbehov som ASiH behöver för ett ställningstagande omkring ett möjligt engagemang, eftersom bedömningsunderlagen kan framstå som inaktuella, otillräckliga och/eller helt beroende av vad som dokumenterats:

> Jag har svårt att få en uppfattning om vad patienten har för behov av ASIH i nuläget trots din remiss och det jag läst i [digitala journalen]. Föreligger behov av ASIH för avancerad sjukvård i hemmet/symtomlindring så återkom i så fall med ny remiss och specificera då gärna vad patienten har för behov av avancerad hemsjukvård.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1920-tal (Id-nr pso28).

Remisserna berör i huvudsak patienter med olika slags fortskridande allvarliga, kroniska och/eller obotliga sjukdomar/diagnoser, men där det visar sig att såväl hälsotillstånd, omvårdnadsbehov som livssituationer inte sällan framstår som mer eller mindre komplicerande omständigheter. Detta såväl inför som vid avancerad sjukvård i hemmet, vilket även aktualiserar frågor omkring realiserbarheten i de individuella fallen. Avancerad hemsjukvård förefaller även inrymma en betydande men ”naturlig” inbyggd osäkerhet. Detta dels eftersom viktiga involverade aktörer (till exempel specialister, primärvård, hemtjänst) kan finnas på olika geografiska platser, dels då hemmet inte är ett välutrustat sjukhus med närvarande specialistutbildad personal på plats i hemmet med förtrogenhet för snabb bedömning och undersökning av sjukdomsförloppets/symtombildens utveckling och nödvändiga insatser rörande detsamma.

Patientsäkerhetsutmaningen förefaller utgöras av en kombination av att försämringar ligger på lut dels mot bakgrund av att ett allvarligt/obotligt sjukdomstillstånd redan föreligger, dels att patienters hälsa kan snabbt tänkas förändras av planerade/pågående behandlingar, behandlingsbiverkningar eller sjukdomsprogress. Detta är emellertid just den typen av utmaning som remittenterna inte sällan efterlyser en ”övertagning” och fortsatt handläggning av i form av till exempel ”Provtagning, transfusioner samt omhändertagande av akuta komplikationer samt fortsatt palliativ vård.”;

> Gift, rökare, bor i villa [blodcancersjukdom och andra allvarliga diagnoser/sjukdomar][…]Det är inte aktuellt med någon ytterligare intravenös [=direkt i ven] cellgiftsbehandling vilket undertecknad förklarat för patienten och dennes anhöriga. Det gäller nu framförallt att hålla sjukdomen i schack. […] Patienten har fått allt större [blodtransfusionsbehov] med framför allt t-transfusion flera gånger i veckan. Beslutar vid dagens patientbesök att avsluta [x-behandling] som gett en hel del biverkningar […] Gör ett behandlingsförsök med [cellgift i tablettform], en kur på 4 dagar. Fortsatt provtagning varannan vecka. Detta får utvärderas efter första kuren för att titta på effekt samt eventuella biverkningar [bland annat ett eventuellt ökat behov av blodtransfusioner]. Det rör sig i första hand om palliativ behandling. Tacksam om ni kan ta över patienten vad gäller provtagningar, transfusioner, övrig palliativ behandling. Fortsatt [behandling mot blodsjukdom] sker i samråd med undertecknad.
>
> Remiss, slutenvårdsmottagning, patient född 1930-tal (Id-nr md21)

Tillgång till avancerad sjukvård i hemmet innebär möjligheter till fortsatt handläggning av ett svårt sjukdomstillstånd i hemmet genom vårdsinsatser utanför sjukhusets väggar. Samtidigt som detta förefaller innebära betydande utmaningar och risker, som inte nödvändigtvis framstår som enkla och självklara att kunna hantera/möta i hemmet. Detta trots att en medicinsk och teknisk utveckling förefaller – rent medicinskt - kan möjliggöra vård i hemmet. Patienters och närståendes situation och tillika trygghetsbehov återkommer emellertid genomgående relaterat till just detta och framstår därför även som en viktig trygghetsfråga för såväl patienter, närstående som personal, men också som en betydande patientsäkerhetsaspekt och tillika utmaning för vårdpraktiken att praktiskt kunna hantera/möta och ta ansvar för i hemmet vid olika slags allvarliga sjukdomstillstånd:

> [patient med cancersjukdom i centrala nervsystemet[121]] Tidigare väsentligen frisk [insjuknade med kramper där utredning visade elakartad tumör som opererats och som nu strålbehandlas, planeras också ytterligare stålbehandling]. Nu inlagd [p g a kramper] [utredning visar tumöråterväxt och svullnad i hjärna, insatt på läkemedel för att dämpa svullnad, samt ökad dosering av läkemedel mot kramper] Under vårdtiden episod med syn- och hörselhallucinationer. Även kraftig förvirring. Bedöms vara i framtida behov av ASIH. Är i behov av hjälp med provtagning med avseende [cellgiftsprover] samt fortsatt palliativ god omvårdnad.
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr pss15).

När frågan om avancerad sjukvård i hemmet väcks rörande patienter med olika svåra sjukdomstillstånd, återkommer emellertid liknande frågor och oklarheter som rör just patienters eventuella icke medicinska insatsbehov och som återkommande sammankopplas med vårdens realiserbarhet i hemmet i det individuella fallet. Realiserbarheten inbegriper inte minst patienters tillsyns- omvårdnadsbehov, men också eventuella närståendes förmåga/möjlighet att di-

[121] Centrala nervsystemet utgörs av stora hjärnan, lilla hjärnan och hjärnstammen.

rekt bistå/medverka och finnas tillhands i hemmet under vårdens genomförande och sjukdomsförloppets progress. Icke medicinska aspekter såsom såväl patienters som även eventuella närståendes autonomi och ADL-status[122] samt även bostadens utformning, framstår därför som minst lika akut och angeläget att klargöra i ett tidigt skede. Detta eftersom den aspekten förefaller utgöra en förutsättning för realiserbarheten av en fungerande avancerad sjukvård i hemmet. Inte sällan söker ASIH därför väcka angelägna frågor inför en utskrivning genom att agera i ett slags advokatliknande roll för den remitterade patientens och de närståendes räkning. Ett initiativ som avser förhindra onödiga lidanden, risker, säkerhetsproblem och inte minst återinläggningar på sjukhus – kanske utifrån erfarenheter av att nödvändiga omständigheter inte alltid kan säkras upp i hemmet patientsäkert sätt även om viljan och önskemålet finns. Den praktiska innebörden av avancerad hemsjukvård förefaller därför mycket angeläget att klargöra för samtliga involverade parter rörande såväl remittenter, patienter som eventuella närstående:

> Har tagit del av [tillgänglig information om patientens tillstånd i den gemensamma digitala journalen] […] såväl hörsel, synhallucinos, samt kraftig förvirring. Patienten bedöms [av Er] vara i behov av ASIH på sikt. Om det ska vara möjligt med hemgång förutsätter jag att det planeras att patienten får hjälp med den omvårdnad och uppsikt som [patienten] är i behov av. Hur är detta tänkt att lösas? Kommer [närstående] att vara hemma heltid eller vårdplanering för personlig assistent[123] eller dylikt? Patienten måste ju säkerligen ha hjälp att larma om något tillstöter i hemmet. Vi kan möjligen hjälpa patienten med de medicinska behoven som uppstår, framförallt provtagning samt eventuella biverkningar av behandlingen. Detta förutsätter dock att de övriga bitarna enligt ovan är tillfredställande. Om [vårdplanering] planeras är vi gärna med på denna. Kontakta gärna [oss] för fortsatt planering.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr pss15).

Sammantaget ger remisserna ett intryck av att ett resurskrävande inventerings- och planeringsarbete åtgår för att söka ”säkra upp” realiserbarheten i hemmet, men att detta även återkommande verkar förbises eller underskattas av remittenter. Ansvaret för ett inventerings- och planeringsarbete, förefaller emellertid kunna övervältras till ASiH i och med att remissen anlänt. Detta gäller i synnerhet när svårt sjuka patienter skrivs ut till hemmet snabbt, och då remisser utfärdats i nära anslutning till utskrivning men där betydande oklarheter kvarstår omkring icke medicinska aspekter. Inte sällan uppstår därför behov av så kallade bedömningsbesök, just mot bakgrund av en sammansatt men oklar bild och bristande tillgång till aktuell realtidsinformation. Bedömningsbesök är därför ett återkommande och nödvändigt inslag men behöver emellertid inte alltid leda till en inskrivning (och därmed inte heller till ekonomisk ersättning till ASiH), men däremot till en resurskrävande inventerings- och planeringsinsats för att söka klargöra patientens behov och situation och eventuellt engagemang från ASiHs sida innan avancerad hemsjukvård överhuvudtaget eventuellt kan komma i fråga:

> Vi har noga gått igenom remiss och patientjournal. Det tycks finnas ett flertal problem runt denna patient. Dels en värkproblematik sedan tidigare och nu en [cancer-

[122] Med ADL avses aktiviteter i det dagliga livet, vilket kan inkludera en bedömning omkring en persons förmåga rörande detsamma.

[123] Personlig assistens regleras av Socialtjänstlagen (SoL), samtidigt som den sökande av personlig assistens ska vara under 65 år när ansökan görs. Detta innebär att människor över 65 år normalt inte kan få personlig assistent i hemmet vid ohälsa/sjukdom (Egard, 2011, s. 20).

> sjukdom]. En komplicerad social situation. Vi kommer under morgondagen kunna träffa patienten i hemmet för att bedöma vad vi i ASIH kan stötta denna patient med.
>
> Remissvar till slutenvård/akutavdelning, patient född 1940-tal (Id-nr pso13).

Remitteringsförfarandet förefaller överlag avspegla att ett direkt överlämnande pågår av patienter för upprättande av fortsatt ”hemsjukvård” i vid bemärkelse, och att ASiHs ansvar och roll i vårdpraktiken genom remissen blir att ”ta över”, driva och förvalta vidare handläggning av ärendet (=patienten) oavsett vilken ”vårdformslösning” som visar sig lämplig/möjlig/realiserbar. Samtidigt utgör remisserna uppdragsbeskrivningar för presumtiva ASiH-patienter, och där det föreligger en förfrågan om avancerad sjukvård i hemmet i samspel med andra medaktörer. Handläggning av remisser kan dock utmynna i att patienters hemsjukvårdsbehov visar sig vara av mer basalt slag, varför patienter istället aktualiseras för hemsjukvård i primärvårdens regi. Genom remissinflödet återkommer exempel på att även primärvården (som enbart är tillgängliga dagtid/kontorstid) redan ansvarar för och handlägger hemsjukvård till patienter med ett flertal allvarliga och fortskridande sjukdomstillstånd som kan förvärras med akuta symtom som följd - som till exempel vid neurologiska sjukdomar, lungsjukdomen KOL eller vid hjärtsjukdom. Detta kan också aktualisera en remiss till ASiH. Flera liknande remisser återkommer rörande just patienter med dessa svåra sjukdomstillstånd, och där önskemålen rör behov av ”assistens”, ”back-up” eller ”support” till personal (personlig assistent eller hemtjänst) och närstående i hemmet – det vill säga till de som befinner sig närmast patienten dagligen. Dessa förfrågningar framstår genomgående som relaterade till primärvårdens erfarenhet, förtrogenhet och/eller medicinska specialistkompetens rörande den aktuella sjukdomen, vilket verkar påverka beredskap/förmåga till såväl bedömning, vägledning som möjlighet till eventuella åtgärder i hemmet vid behov när patienternas tillstånd försämras:

> [patient med neurologisk sjukdom som medfört nedsatt andningsfunktion, varför hjälp med andning behövs dygnet runt med ventilator] Inkommer efter [byte av inopererat andningsrör utanpå halsen/luftstrupen] p g a andningssvårigheter, behandlas för [lunginflammation]. Under vårdtiden framkommer att man tidigare fått hjälp av ASIH och kan tydligen kontakta ASIH under jourtid. Dock framförs mycket osäkerhet kring vården av patienten från anhöriga och de personliga assistenterna, främst dagtid då de inte känner tillräckligt stöd i den medicinska bedömningen av patientens tillstånd, då man hänvisas till distriktsläkare. Man saknar en kontinuitet och en trygghet när patientens tillstånd försämras. I våras ska vårdcentralen även ha velat avskriva sig det medicinska ansvaret, då man inte ansåg sig ha resurser för detta, enligt anhöriga.
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr ms12).

Flera remisser rör patienter som vårdas i hemmet av personlig assistent och/eller närstående dygnet runt, vilka såväl ansvarar för som utför livsavgörande men så kallade basala hemsjukvårdsinsatser som kan innefatta arbetsuppgifter såsom slemsugning, sondmatning, personlig hygien m.m. Vissa remisser förefaller signalera problem och viss utsatthet för såväl patient som närmast involverad personal i frontlinjen, bland annat eftersom en icke fungerande slemsugningsteknik i hemmet kan medföra (förutom lidande för patienten) förvärrad slemansamling med komplicerande luftvägsinfektion med akut inläggning på sjukhus som följd. Erfarenhet, förtrogenhet och kompetens rörande sjukdomstillståndet och medföljande arbetsuppgifter, förefaller därmed helt avgörande i hemmet för den basala hemsjukvårdsinsatsens kvali-

tet, eftersom det är där – i frontlinjen - som det praktiska arbetet till syvene och sist måste kunna praktiskt hanteras och utföras helt självständigt av antingen hemtjänst, personlig assistent eller närstående:

> Någon (till exempel personlig assistent, om patienten har sådan) behöver kunna hantera sugapparaten. Om behov av att delegera detta (basala hemsjukvårdsåtagande) föreslås kontakt med patientens husläkare eller distriktssköterska.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr mo16).

6.3.2 Den saknade vårdplatsen

Som framgår i föregående avsnitt så avspeglar remissinflödet en pågående förskjutning och tillika överföring till hemmet, när det gäller allvarligt sjuka patienter och där avancerad hemsjukvård kan (under vissa omständigheter) möjliggöra medicinska vårdinsatser med hemmet som bas – därav remissen. Av remissinflödet framgår också att den förskjutning/överföring som pågår från slutenvården inte enbart handlar om patienter med cancersjukdomar, utan rör olika åldersgrupper och där förfrågningar om insatser i hemmet rör patienter med flera olika diagnoser/sjukdomar som befinner sig i varierande allmäntillstånd och status. Detta förskjutnings- och överföringsfenomen framstår som problematiskt, eftersom flera remisser indikerar att remitteringsförfarandet inbegriper andra aspekter än enbart patientrelaterade. Till exempel en möjlig brist på såväl vårdplatser som tillgång till en alternativ sluten vårdform, eftersom hemgång/utskrivning förefaller kunna aktualiseras och planeras även då påtagbart komplicerande och knepiga omständigheter kan föreligga - som till exempel vid behov av konvalescens, rehabilitering eller stöd av psyko- socio- ekonomiskt slag:

> [Patient med en psykisk sjukdomshistoria och nu en spridd cancersjukdom]. Kliniskt förbättrad [efter behandling på sjukhus] och uppegående med käpp. Kurator inkopplad p g a social och ekonomisk problematik. Ensamboende i [bostad]. Har smärtor i [ben], där [cancer-spridning] ej kunnat påvisas. Stor ångest problematik. Ny [cellgiftsbehandling omgång 2] planeras [idag]. Tacksam för anslutning inför hemgång till det egna hemmet [i morgon] för fortsatt justering av smärtmedicinering och ångestlindring. Patienten tar själv sina [blodproppsförebyggande sprutor]. Hemtjänst ansluter [imorgon]. Patienten har även uppföljning via socialpsykiatrin.
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr psd10).

I remisserna återkommer genomgående oklarheter rörande dels huruvida en planerad utskrivning med insatser i hemmet föregåtts av ett erbjudande till patienten som denne tackat ja till, dels om det funnits/presenterats alternativa lösningar som diskuterats och övervägts tillsammans med patient och eventuella närstående som involveras. Ibland förefaller även utskrivningar söka forceras med något slags envägskommunikativ och tillsynes påtryckningsliknande strategi, till exempel genom att flera akutmärkta remisser inkommer på en och samma patient inom kort tid - men där det inte förefaller tas någon notis till av ASiH uppmärksammade hinder/svårigheter inför utskrivning. Detta kan till exempel röra omständigheter såsom att patienten bor ensam, har svåra ångestproblem och inte verkar i sitt nuvarande tillstånd vara tillfreds med en utskrivning till hemmet med avancerade sjukvårdsinsatser:

> Således [patient med cancersjukdom]. Har en psykossjukdom sedan tidigare som [patienten] kontrolleras för på [x-psykmottagning]. [Vårdad enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård senast för tre månader sedan]. Jag anser mot bakgrund av ovanstående att det sannolikt kommer att vara svårt att på ett optimalt sätt hjälpa patienten i

> hemmet. Har dessutom ansökt om ny bostad. I [vår gemensamma digitala journal] kan jag utläsa att patienten motsäger sig utskrivning och att [patienten] har ångestbesvär. Är [patienten] positiv till ASIH? Rekommenderar kontakt med [x-hospice] för fortsatt palliativ vård i första hand.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr psd11).

Trots att en betydande ångestproblematik kan kvarstå med många frågetecken och svårigheter som rör realiserbarheten utifrån patientens perspektiv och tillika situation, kan det slutligen – och med mycket kort tidsvarsel – meddelas genom en ny remiss att utskrivningen avser fullföljas redan dagen därpå och där önskemålet i remissen därför handlar om behov av mycket snar anslutning för fortsatt handläggning rörande ”justering av smärtmediciner och ångestlindring”, men att diverse kontakter (kurator, hemtjänst, socialpsykiatri mm) beskrivs ha etablerats och finns tillgängliga på ”distans” för patientens räkning vilka avser följa/hantera och söka ”säkra upp” den psyko- socio- ekonomiska problematiken på distans:

> Tacksam för anslutning inför hemgång till det egna hemmet i morgon [x-datum] för fortsatt justering av smärtmediciner och ångestlindring. Patienten tar själv sina [blodproppsförebyggande sprutor]. Hemtjänst ansluter [i morgon]. Patienten har även kontakt via Socialpsykiatrin.
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr psd12).

Forcerade utskrivningar som enligt ovan med meddelanden om vårdplaneringar med kort tidsvarsel, är en återkommande företeelse i remissinflödet. Detta förefaller även medföra såväl planeringssvårigheter som resurskrävande merjobb för ASiH, som inte sällan kan ställas inför fullbordat faktum när ett erbjudande om anslutning vid ASiH kan ha ”utlovats” utan kontakt med ASiH. En hållbar avancerad sjukvård i hemmet förefaller kräva – som framgått tidigare - en hel del inventering, planering och överväganden, varför en omedelbar anslutning inte framstår som genomförbart. När patienter skrivs ut med kort varsel och till synes ”överlämnas” till ASiH kan det innebära att en ofrånkomlig väntetid uppkommer för patienten räkning, innan ASiHs bedömning och engagemang eventuellt kan påbörjas. Problematiskt nog kan detta medföra att patientens tillstånd/situation kan hinna förändras/påverkas under tiden, samtidigt som det förefaller kunna kvarstå/uppstå vissa oklarheter omkring vem som nu ansvarar för vad under ”väntetiden” rörande patientens smärt- och ångestproblematik:

> Vid genomgång av journalen och remissen kan man konstatera att detta är en [patient] med psykossjukdom som nu drabbats av en avancerad [cancersjukdom]. Påbörjat palliativ [cellgiftsbehandling]. På många sätt en svår social situation och oklart om framtida boende. Vi kommer göra en bedömning i hemmet för att se om förutsättningar finns för ett bra omhändertagande för denna patient inom ASIH. Detta förutsatt att patienten kommer att befinna sig inom vårt upptagningsområde. Pga stort remissinflöde kommer vi tidigast nästa vecka ha möjlighet besöka patienten i hemmet för bedömning. Håll gärna kontakt [med oss på tele xx] för ytterligare planering.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr psd12).

Bristande förståelse för varandras förutsättningar och arbetsvillkor tenderar också – som i exemplet ovan - överlag vara en återkommande företeelse, som i sin yttersta form kan visa sig medföra att patienter riskerar ”falla mellan stolarna”. Inte sällan återkommer därför liknande påpekanden i svaren på remisserna om ASiH inte direkt kan ansluta patienten, påpekanden

som förefaller söka förhindra att såväl problematiska som riskfyllda omständigheter uppstår som en följd av missförstånd omkring vem som ansvarar för vad och i vilket skede vid ett ”tidsglapp”. Denna tillsynes säkerhetsliknande strategi återkommer men förefaller emellertid förutsätta att remittenten (eller någon i dennes ställe) läser och förstår innebörden av remisssvaret, och agerar därefter – vilket framstår som osäkert eftersom patienten redan kan vara utskriven och därmed inte längre finns kvar inom slutenvårdens väggar:

> […]det vore indicerat att du informerar patientens vårdcentral så de kan stötta – följa upp patienten. Patienten sätts upp som ”F” [=förtur] på vår väntelista. Jag såg i både remissen och [av dina journalanteckningar] att patienten kan ha fått uppfattningen att det skulle finnas möjlighet till ASIH anslutning i samband med utskrivningen. Dessvärre kan vi inte ordna detta utan försöker prioritera remissinflödet.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1930-tal (Id-nr pno1).

Överlag växer ett mönster fram i remisserna när det gäller de avgränsade avancerade sjukvårdsinsatserna som kan erbjudas, och där frågan inte sällan kombineras med att ett budskap samtidigt förmedlas i remitteringsförfarandet om att en så snabb utskrivning som möjligt skulle underlätta. Huruvida det är patienten som snabbt vill hem med fortsatta avancerade sjukvårdsinsatser, eller om det är remittenten som behöver frigöra en vårdplats framstår emellertid som såväl svårt att hålla isär som avgöra. Inte sällan ger dock remisserna ett intryck av just denna företeelse, vilket samtidigt också kan såväl framstå som och säkerligen även kunna utgöra en fungerande och fördelaktig lösning för samtliga parter;

> Denna remiss skickas för akut hjälp i hemmet under ca 10 dagar med antibiotika injektioner. Patienten är relativt opåverkad nu och [feberfri]. [patienten] skulle kunna gå hem med [läkemedel X och läkemedel Y] i hemmet om ni kan ge injektionerna och kontrollera [läkemedels]-koncentration och njurprover. Tanken är i så fall att [patienten] ska skrivas hem måndag/tisdag då [patienten] haft [x-läkemedlet] några dagar och [läkemedels-] koncentrationen ställts in. Patienten vill gärna detta själv. Total behandlingstid blir då 14 dagar, så [patienten] skulle behöva er hjälp till x – datum. Tacksam för snar bedömning!
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1940-tal (Id-kod ms31)

Att slutenvården förefaller påskynda utskrivningar och/eller frigöra vårdplatser genom att avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser kan erbjudas patienter med kvarstående så kallade medicinska ”slutenvårdsbehov”, hänger samman med att patienter även kan/ska (enligt avtalet) kunna anslutas vid ASiH som målgrupp 2 patienter för ”enklare” uppdrag i form av avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser. Detta innebär i praktiken att primärvården kan bibehålla sitt huvudansvar för patienten när denne skrivits ut till hemmet från slutenvården. Samtidigt förefaller ASiH genom denna målgrupp 2 lösning, rent praktiskt ha drabbats av ett betydande remissinflöde av till synes ”ofiltrerade” och vida önskemål/behov från såväl slutenvården, primärvården (vårdcentralerna) som patienter och närstående. Därigenom utkristalliserar sig ett fenomen i remitteringsförfarandet, som indikerar att de avgränsade avancerade sjukvårdsinsatserna även kan fylla andra syften. ASiH förefaller bli en praktisk lösning som tillgodoser ett angeläget behov som även kan handla om såväl förtrogenhets- som kompetensstöd till primärvårdens verksamheter, i syfte att förhindra inläggningar på sjukhus. Remisserna innebär därför inte enbart ett stöd till patienter som vårdas i primärvårdens regi, utan förefaller även handla om att tillhandahålla ett minst lika viktigt kompetensstöd till vårdcentralens per-

sonal (läkare och sjuksköterskor), som inte nödvändigtvis kan förväntas bemästra (bedöma, behandla, och följa upp) de allvarligt sjuka patienter som skrivs ut till hemmet och som tidigare sannolikt i större utsträckning låg på sjukhus för samma problem - men som nu behöver hanteras inom primärvården[124]:

> Grav njursvikt, [cancersjukdom, blodbrist] hjärtsvikt. [tabletter med vätskedrivande läkemedel] räcker inte p g a njursvikt. Har stor dos [vätskedrivande], kan väl ökas mer, men nu [vätskeansamling i kroppen] och önskemål från patient och [sjuksköterska på vårdcentralen] om injektion av [vätskedrivande x-läkemedel] istället.
>
> Remiss, Primärvård, patient född 1920-tal (Id-nr ms6)

Vid i synnerhet de avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser som efterfrågas från vårdcentralerna tenderar en liknande problematik återkomma i remisserna, som handlar om svårigheten för ASIH att utföra en önskad insats på ett säkert sätt dels på grund av att ett delat ansvar uppstår omkring patienten (och behöver praktiskt kunna hanteras) och dels på grund av sparsam information omkring patienters sjukdomshistorik och den önskade behandlingen. Denna kombination framstår inte som ovanlig, men däremot som en resurskrävande process att söka klargöra. Inte sällan visar sig en betydande otydlighet i remisserna ställa till svårigheter, vilket blir extra problematiskt om man inte har tillgång till varandras journalsystem. Oavsett den informationsbegränsning som kan finnas innebär otyligheten främst att ASiH återkommande upprepar liknande typer av frågor, detta för att söka komma till klarhet om uppdragets innebörd och realiserbarhet för att möjliggöra att en fristående avgränsad avancerad sjukvårdsinsats kan genomföras:

> Tack för remissen, Om Du, eller om det är sjuksköterska på vårdcentralen, önskar ha hjälp med givande av injektion [x-läkemedel] behöver vi veta vilken dos Du menar, hur ofta och hur länge. Behöver således kompletterande uppgifter, helst inklusive anamnes [=sjukdomshistoria], företagna utredningar och behandling samt patientens aktuella status. Återkom gärna.
>
> Remissvar till primärvård, patient född 1920-tal (Id-nr ms6).

Som framgår i exemplet verkar de avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser som efterfrågas kunna vara relaterade till primärvårdens begränsade förmåga att förtrogenhets- och kompetensmässigt hantera svårt sjuka patienter i hemmet, eftersom behov kan uppstå av mediciner som behöver ges i form av sprutor och/eller dropp för optimal effekt av en behandling – och där inläggning på sjukhus utgör alternativet. I remisserna kan olika slags signaler och tonlägen skönjas, allt från en öppen förfrågan, en vädjan men också ibland tendenser till tillsynes desperata påtryckningar för att förmå ASiH att ”ställa upp”:

> [patient med blodbrist som erhållit blodtransfusioner], Har en grav njursvikt och en [cancersjukdom] som orsaker [blodbristen]. Har en viss hjärtsvikt. Nu mer [vätskeansamling] sannolikt pga [att vätskedrivande i tablettform ger] dålig effekt pga njursvikten. Har utretts på [x-sjukhuset] se [i digitala journalen]. Mitt förslag är [x-läkemedel] 40 mg på prov [direkt i ven 2 ggr per dag] för att se om [vätskeansamling] går tillbaka. Mitt förslag är bedömning av effekten dagligen [av Er på ASIH] för fortsatt behandling. Ni har ju egna läkare. Ni har behandlat en annan patient på remiss från [samma sjukhus] och skött hjärtsviktsbehandlingen. Om ni inte kan stäl-

[124] Vad som även kan påpekas i detta sammanhang är att primärvården i huvudsak har öppet vardagar under kontorstid, varför patienten behöver vända sig till andra öppna vårdinrättningar under övrig tid.

la upp får jag höja [det vätskedrivande x-läkemedlet i tablettform] till 500 mg. Alternativet är [x-sjukhuset].[…].

Remiss, primärvård, patient född 1910-tal (Id-kod ms3).

6.3.3 Den förlängda sjukhuskorridoren

Som framgått i föregående två avsnitt synliggör remisserna att remitteringsförfarandet kan inrymma andra syften och ändamål än enbart patientrelaterade, varför de inte enbart kan betraktas som ett uttryck för ett eget initiativ och/eller en valfrihet från patienter och eventuella närståendes sida. Remisserna indikerar genomgående att de patienter som kan aktualiseras för vård i hemmet vid allvarliga fortskridande sjukdomstillstånd kan under en längre – och inte sällan – svåröverskådlig tidsperiod komma att behöva såväl bedömas, planeras och/eller hanteras/vårdas av specialistsjukvården, primärvården som den sociala omsorgens verksamheter (hemtjänst) och inte minst med hjälp av eventuella närståendes engagemang:

[Icke svensktalande patient] med [spridd cancersjukdom som behandlats i olika omgångar med cellgifter].[…] Målet är att stabilisera sjukdomen. Patienten har diffusa [smärtor] krävt ökade doser morfin. Klarar inte att hantera medicinerna själv, har inte klarat av att hantera [läkemedel mot förstoppning]. Inkom till [sjukhus] svårt förstoppad, [som åtgärdades med läkemedel och operativt ingrepp]. [...] Patienten har hemtjänst två gånger dagligen som ej hanterar de medicinska frågorna. [Närstående] hjälper till så gott de kan, men kan inte vara där jämt. Patienten behöver hjälp med mediciner, tillsyn, ev dropp och provtagningar." Tacksam för uppknytning till ASIH.

Remiss, slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr psn14).

Detta innebär också att patienter kan ha flera parallella men samtidigt olika typer av vårdkontakter[125], vilket sammantaget ger ett intryck av en framträdande svårdefinierbar vårdform som framstår som ett mellanting mellan specialiserad vård, sluten vård, öppen vård och hemsjukvård enligt befintliga definitioner av Socialstyrelsen[126]. Inte sällan visar sig flera insatser kunna stå inför dörren av olika parter, vilket ger ett samlat intryck av att patienters sjukdoms- och vårdförlopp kan vara svåröverblickbart. Detta eftersom patienters sjukdomsförlopp visar sig inbegripa en dynamik och därmed osäkerheter genom ett sjukdomstillstånds föränderlighet av såväl behandlingar som sjukdomsprogress, samtidigt som det av remisserna framgår att patienter kommer i kontakt med olika personal vårdinrättningar på olika sätt (telefon, hemma, mottagning, inläggning), men också att tillståndet snabbt kan förändras och antas variera över tid:

[Patient med långt fortskriden spridd cancersjukdom]. Inkommer nu akut p g a svåra smärtor, nedsatt allmäntillstånd och [låga blodvärden]. [Får blodtransfusion]. Förstoppad. Magnetröntgen visar [ytterligare spridning av cancer]. Patienten insatt på [olika läkemedel] med effekt på smärtor men känner sig mentalt påverkad. Smärtkonsult planeras. Patienten är också remitterad [till onkologklinik] för ställningstagande till palliativ [cellgiftsbehandling]. Tacksam för anslutning. Patienten har

[125] Enligt Socialstyrelsens termbank innebär detta [2011-07-26] en "kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs."

[126] Enligt Socialstyrelsens termbank framgår [2011-07-26] att: Specialiserad vård avser "hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård", sluten vård avser "hälso- och sjukvård när den ges till patient inskriven vid vårdenhet", öppenvård avser "hälso- och sjukvård som inte är sluten vård eller hemsjukvård", hemsjukvård avser "hälso- och sjukvård när den ges till patient i bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden."

> smärtor, snabbt [fortskridande] sjukdom samt planeras för tung [cellgiftsbehandling].
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr psd16).

Ett betydande insatspanorama visar sig återkommande stå inför dörren eller pågå när frågan om avancerad sjukvård i hemmet väcks genom en remiss. Såväl medicinska som icke medicinska insatsbehov kan vara påtagbara och kan även beräknas tillta mot bakgrund av såväl ett fortskridande sjukdomstillstånd som förestående påfrestande behandlingar. Samtidigt som patienter kan (av skäl som inte alltid framgår) bedömas som mindre kapabla att klara sig i hemmet under ett svårt och förestående sjukdomstillstånd, men har ändå remitterats för just vård i hemmet – där av remissen:

> Jag bedömer att patienten inte är kapabel att sköta sig själv i hemmet och bättre blir det inte under strålbehandlingen som ska påbörjas snart. Därför tacksam för anslutning och hjälp med smärtlindring och eventuell åtgärd, framöver även kanske aktuell för [hjälp med näringstillförsel]. Med vänlig hälsning och trevlig helg.
>
> Remiss, slutenvård, patient född 1930-tal (Id-nr pnn2).

Återkommande träder olika slags problematiska omständigheter fram genom remisserna, vilket inte sällan handlar om den praktiska realiserbarheten när avancerad sjukvård i hemmet föreslås. Detta relateras till frågor rörande patienters autonomi och status och därmed förutsättningar att orka med sin livssituation med de olika aktiviteter som ingår i det dagliga livet i hemmet, vilket dels sammankopplas med en fortskridande sjuklighet av ett sjukdomstillstånd och dels eventuella påfrestande följder (biverkningar) av pågående/planerade medicinska behandlingar. Patientsäker avancerad hemsjukvård framstår genom detta även som sammankopplad med vilket vardagligt stöd som patienten kan få tillgång till i hemmet (till exempel en personlig assistent eller närstående som bor i hemmet). Detta innebär att remisserna synliggör ett inventeringsbehov omkring realiserbarheten av avancerad hemsjukvård, innefattande ett nödvändigt klargörande av vilka nödvändiga insatser som kan och behöver säkras upp innan hemgång för att möjliggöra en säker avancerad hemsjukvård – samtidigt som även annan komplicerande sjuklighet kan föreligga som en försvårande omständighet i sammanhanget:

> Om jag förstått dig rätt/samt från [patientens digitalt tillgängliga journal] så är behandlingsstart inom kort med [x-stråldos], vilket ju kommer medföra en hel del biverkningar. Dock förefaller patientens [hjärtsjuklighet] vara av lika stort bekymmer. Om tveksamhet omkring hur patient skall skötas i hemmet primärt är dominerade så kan hända patienten ej klarar eget boende, eller kan möjlighet finnas till utökad [hjälp av hemtjänst 4-5 ggr per dag] – om det är omvårdnadsbehovet som dominerar???? […] tacksam om du svarar så att planering för patienten blir bästa möjliga.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1930-tal (Id-nr pnn2).

Återkommande verkar liknande slags förtydliganden som enligt ovan göras från ASiHs sida när det gäller frågan om möjligheten till avancerad sjukvård i hemmet, och som genomgående rör samma typ av omständigheter och tillika utmaningar - och inte sällan omvårdnadsbehov och trygghetsbehov för såväl patienten, närstående som involverade personal. Den praktiska innebörden av avancerad hemsjukvård framstår bildligt talat som en förlängning av sjukhuskorridoren - men utan tillgänglig personal på plats. En omständighet som förefaller nog så viktig att känna till för samtliga involverade parter då det utgör en del av så kallad ”vård i

hemmet", och inte minst när/om snabba utskrivningar ska aktualiseras. Detta eftersom det kan visa sig med facit på handen att om inte nödvändiga förutsättningar bedömts och "säkrats upp" innan patienten lämnar sjukhuset, så kan det medföra (förutom lidande och otrygghet) en mycket traumatisk retur för patienten – och detta även om avancerad hemsjukvård initialt var patientens egna val:

> Patienten akut inremitterad [vårdad tre dygn] p g a [att kateter genom bukvägg inlagd i urinblåsa slutat fungera och därför bytts]. Hem i försämrat [allmän tillstånd], kan med möda ta sig fram i boendet, avtackling och enligt distriktsköterska, som känner patienten, ej adekvat smärtlindrad, oaktat att detta noterats under vårdtiden inneliggande (se journalanteckningar för x-datum). [noll insatser] från kommunen, ej larm, biståndsbedömare till hemmet först 6 dagar efter utskrivning. Omöjligt i nuläget att säkra patientens vård i hemmet tillika stor otrygghet för [patienten] som aktivt uttrycker önskan om annat boende, vill ej vara hemma längre.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1910-tal (Id-nr pnn21).

En långsiktigt hållbar vård i hemmet vid svåra sjukdomstillstånd visar sig också kunna handla om att patienter inte ska behöva åka "skytteltrafik" mellan hemmet och akutvården (sjukhuset) och att "onödiga" återinläggningar ska undvikas på sjukhus som möjliggöra hemvistelse för patienten. Remisser som rör avgränsade uppdrag förefaller vara särskilt problematiska och utmanande att såväl kunna bedöma som snabbt genomföra. Detta beroende på att det behöver föreligga ett delat ansvar med primärvården (som har huvudansvaret), och att patienterna kan ha sammansatt ohälsoproblematik med en sjukdomsbild som även specialistsjukvården kan vara (otillräckligt?) involverad i. Detta eftersom det i remisserna kan framstå som oklart huruvida patienten överhuvudtaget är medicinskt färdigutredd och adekvat behandlad inför hemgång och genomförande av en efterfrågad avancerad sjukvårdsinsats:

> [patient] med svår angina [=bröstsmärtor p g a nedsatt blodflöde i hjärtats kranskärl] och insulinbehandlad diabetiker.[…] hjärtinfarkt [nyligen]. Bodde ett tag på sjukhem, men trivdes inte […]och klarar sig nu hemma med hemtjänst och distriktssköterska som ger insulin och delar mediciner. Tidigare varit skeptisk till att ta emot hjälp, men nu fungerar det bra. Inkom nu p g a angina. Mycket ångest omkring detta då [patienten] får väldigt ont och inte vill vara ensam. Har fått [smärtstillande plåster med tveksam effekt]. Tacksam för anslutning för smärtlindring av angina besvären och [hjärtsviktsbehandling] vid behov. Om hemtjänst larmas när [patienten] har [bröstsmärtor] är risken stor att [patienten] blir inskickad till sjukhus varje gång, så som den här gången.
>
> Remiss, akutavdelning, patient född 1920-tal (Id-nr md32).

Remisser som rör avgränsade insatser visar sig av liknande skäl kunna framstå som särskilt problematiska eftersom de inte sällan föranleder en betydande journalinventering från ASiHs sida, som kan visa att akutvårdsbesök eller inläggning (på sjukhus) inte nödvändigtvis medfört en tillräcklig utredning/åtgärd utifrån patienters problembild, utan snarare en remiss till ASiH med det vaga önskemålet om hemsjukvård "vid behov" mot till exempel hjärtsvikt:

> ser att patienten […]blivit återinlagd på [x-kliniken] igen, denna gång p g a trötthet (men inte andnöd). Det förefaller som patienten har [återkommande blodig vätskefyllnad på lungsäcken] där utredning fortfarande pågår. Huruvida patienten har grav hjärtsvikt (NYHA III-IV) som krävs för ASIH anslutning verkar ej heller fastställt […] Ultraljudssvar? Dessutom verkar patienten ha en [bristsjukdom], som även den nu är under utredning. Patienten har tydligen även velat – men fått avslag – till äldreboende, detta lär väl också tas upp igen nu när patienten är inne på [x-kliniken].

> När utredningarna är avslutade, och om grav hjärtsvikt föreligger, så kan vi förstås åta oss att monitorera och följa denna [hjärtsvikt] förutsatt att patienten fortsatt vill vårdas i hemmet. Det låter också som en samordnad VPL[127] vore bra för denna patient, meddela oss gärna om [x-kliniken] skulle höra av sig, så kan vi delta.
>
> Remissvar till akutavdelning, patient född 1910-tal (Id-kod ms3).

I remisser som rör avgränsade insatser visar sig återkommande en inte oväsentlig mängd frågor kvarstå rörande såväl medicinering som utredning, och där patienten inte ter sig varken färdigbedömd eller färdigutredd rörande den problematik som föranlett akutbesöket på sjukhuset. Den typen av fenomen återkommer i remissinflödet, vilket framträder genom de önskemål som finns om avgränsade insatser till patienter med en sammansatt sjukdomsbild. Outredda patienter med en mångfacetterad problematik förefaller därmed kunna övervältras till ASiH genom remissen, och där utredningsbehov av specialistsjukvården förefaller kvarstå:

> Om patienten har så mycket besvär av angina [= bröstsmärta p g a syrebrist i hjärtmuskel] som du beskriver, föreslås i första hand optimering av [läkemedel för detta]. Kontakta [hjärtspecialist] vid behov. Är det [bristande följsamhet till en pågående medicinering] eller vad? Prova [förebyggande] med [x-läkemedel] t ex? Om det är så att, att patienten har mkt ångest problematik föreslås ökande av nuvarande låga doser av [ångestdämpande] medicinering, överväg psyk-konsult, tillägg av [x-läkemedel] el [y-läkemedel]? Ej praktiskt möjligt för ASIH-sjuksköterska hinna åka och stoppa vid behovsläkemedel (eller vad du nu tänkt att vi skulle göra) under tungan, någon måste finnas närmre patienten om [patienten] inte klarar detta själv, varför avslag [på remissen]. Annat (rökfritt) [särskilt boende] om ensamhetsproblematik också? Men om det skulle bli aktuellt med någon mera avancerad smärtregim om ovanstående förslag inte hjälper, till exempel analgetika tillförsel via pump med PCA-funktion, återkom gärna.
>
> Remissvar till slutenvård, patient född 1920-tal (Id-nr md32).

I remisserna återkommer flera exempel som indikerar att när sjukvårdskorridoren förlängts till hemmet så tenderar betydande inventerings- och planeringsbehov framträda, oavsett om patienten kommer tillhöra såväl målgrupp 1 som målgrupp 2. Detta framstår som såväl problematiskt som utmanande ur ett planerings- som genomförande perspektiv, eftersom en fungerande avancerade sjukvård i hemmet förefaller förutsätta att betydande personella och tidsmässiga resurser kan frigöras för de omfattande inventerings- och planeringsbehov som återkommande framträder. Vidare förefaller varje aktör behöva vara - såväl medveten om, som ansvartagande för - sin del i konstruktionen av patientens vård- och omsorgspussel inför utskrivning för fortsatt avancerad hemsjukvård utanför sjukhusets väggar:

> Patienten accepteras för vård i hemmet med ASIH. Vårdplanering ska nu genomföras inför hemgång. Det bör säkerställas att patienten klarar vård i hemmet, att [patienten] accepterar hemtjänst i den utsträckning [patienten] behöver, att nödvändiga hjälpmedel finns i hemmet. [patienten] bor ½ trappa upp. Hiss? Klarar [patienten] trappan?? Kan annat boende bli aktuellt? Ni bör ordna alla praktikaliteter med syrgaskoncentration i hemmet, den bör vara på plats innan patienten kommer hem. [patienten] bör också ha med sig läkemedel för minst en vecka, samt aktuell läkemedelslista. Om [tappning av väska i lungsäckarna] är aktuellt bör det göras innan patienten går hem, då vi helst inte utför den i hemmet. Pga stark patient tillströmning kan vi knappast skriva in patienten denna vecka (om [patienten] skulle gå hem redan nu), däremot troligtvis nästa vecka.

[127] Vårdplanering

Remissvar, slutenvård, patient född 1930-tal (Id-nr pns18).

6.3.4 Patientsäkerhetsrelaterade mönster i remisserna

Tre på varandra efterföljande och sammanhängande företeelser och tillika fenomen enligt ovan återkommer i remissmaterialet, som sammantaget visar att det finns såväl behov, förväntningar, önskemål som tacksamhet rörande möjligheten till ett övertagande av patienter med allvarliga sjukdomstillstånd där vård- och omsorgsbehoven är sammansatta. Remitteringsförfarandet präglas inte sällan av utskrivningar med kort tidsvarsel, brist på vårdplatser, uteblivna överrapporteringar - där patienter riskerar komma i kläm. Genom remisserna och remitteringsförfarandet framträder emellertid en svårdefinierbar vårdform, vars praktiska innebörd inbegriper en rik variation av olika slags problematiska omständigheter och risker som berör såväl patienter, närstående som personal. Detta synliggörs genom att remisserna genomsyras av återkommande och liknande exempel på förtydliganden som framstår som patientsäkerhetsstrategier från ASiHs sida, som också avspeglar ett mönster av betydande oklarheter inom främst fem områden och tillika domäner av betydelse för en patientsäker vård i hemmet. Oklarheter samt återkommande förtydliganden som en följd av oklarheter handlar i huvudsak främst om:

1. Uppdragens innebörd, omfattning och inriktning
2. Roller och ansvarsfördelning
3. Patientens och närståendes autonomi och ADL-status
4. Bostadsanpassningsbehov och andra ”praktikaliteter”
5. Trygghets- och tillitsbehov för patient, närstående och personal

Dessa domäner framstår som betydelsefulla att klargöra för såväl vårdtagarens, de närståendes som personalens möjlighet att realisera vårdformen ASiH på ett säker sätt i samspel med andra nödvändiga involverade vårdaktörer. ASiH framstår därmed inte som en enkel och snabbt realiserbar vårdform, och inte heller som en praktiskt realiserbar och patientsäker lösning för alla patienter där till exempel trygghets- och tillsynsbehoven är betydande.

7. Vårdpraktikens säkerhetsrelaterade problemområden 2008

I detta kapitel presenteras en sammanställning av den patientsäkerhetsproblematik som framträtt i forskningsstudiens första fas utifrån det empiriska exemplet ASiH. Detta dels genom en kort resumé av de två genomförda explorativa delstudier, dels genom en avslutande summering av vilka slags framträdande problem som i vårdpraktiken påtagbart kan försvåra eller omöjliggöra en säker vård när hemvistelse istället för sjukhusvistelse aktualiseras i samband med svåra obotliga sjukdomstillstånd. Den avslutande summeringen av patientsäkerhetsproblematiken och de försvårande omständigheterna är genomförd utifrån väsens-metodens datasammanfattningsprincip (Eneroth,1992).

7.1 Empiriska studier

De två delstudier som genomförts har sammanfattats var för sig, och har därefter i ett tredje separat avsnitt summerats utifrån vad som i dessa delstudier från 2008 påtagbart visat sig kunna försvåra eller omöjliggöra en säker vård i hemmet.

7.1.1 Intervjuerna

Utifrån intervjustudien (delstudie 1) visar sig patientsäkerhetsproblematiken såväl kunna relateras till som befinna sig inom fem olika slags betydelsefulla domäner och tillika förhållanden; strukturella-, kommunikativa-, medicinska och tekniska-, kompetensmässiga-, samt arbets- och verksamhetsnära.

Genom dessa domäner utkristalliseras ett mönster med liknande och återkommande företeelser/omständigheter, som tillsammans synliggör tre problematiska utmaningar vid/inför avancerad sjukvård i hemmet; (1) att vårda en del av den sjuke (2) många involverade aktörer (3) och slutenvård i hemmet. Intervjustudien visar därigenom att patientsäkerhetsproblematiken i samband med avancerad hemsjukvård inrymmer ett flertal risker och utmaningar, som i flera avseenden kan ligga utom räckhåll för en enskild verksamhet eller yrkesutövare att påverka i vårdpraktiken. Detta kan till exempel innefatta ekonomiska ersättningsvillkor och målgruppsindelning av patienter, delat ansvar för patienten, den medicinska och tekniska utvecklingen med nya möjligheter, mängden involverade medaktörer samt tillgång till smidiga/ändamålsenliga tekniska hjälpmedel och forum för informations- och kommunikationsutbyte och samband i realtid:

Intervjustudien visar sammantaget att praktiken ställs inför målkonflikter mellan patientsäkerhet, arbetsmiljö, ekonomi, etik, patientens integritet m.m. Samtidigt som icke ändamålsenliga stödfunktioner som bland annat organisation och tekniska hjälpmedel i kombination med mängden involverade aktörer och ett delat ansvar kan försvåra överblickbarheten över patienters vårdförlopp och sjukdomstillstånd samt undergräva mellanmänskliga relationer, samverkan och kommunikation. En hög arbetsbelastning, ensamarbete, språkliga hinder och många patientbesök kan vara en riskfylld företeelse på grund av tidspress som ger mindre utrymme för kommunikation, lyhördhet och reflexion, en icke ovanlig situation som handlar om resurstillförsel och som en följd av vårdavtalets utformning och innebörd.

Sammantaget *kan* ovanstående problematik å ena sidan innebära risker för patienter mot bakgrund av tidspress och en svåröverskådlig vårdsituation när flertalet aktörer är involverade med delat ansvar, vilket å andra sidan kan föranleda en tungarbetad vårdmiljö som blir kogni-

tivt belastande för involverad personal genom icke ändamålsenliga hjälpmedel och svårigheter rörande informations- och kommunikationsbehov i realtid omkring en gemensam patient.

7.1.2 Remisserna

Utifrån dokumentstudien (delstudie 2) av det sammantagna remissinflödet till ASiH visar sig patientsäkerhetsproblematiken handla om oklarheter som befinner sig inom fem olika domäner, vilket synliggörs genom återkommande förtydliganden och tillika säkerhetsstrategier för möjliggörande av avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt i samspel med andra nödvändiga medaktörer. Remisserna och remitteringsförfarandet visar på liknande förtydliganden från ASiHs sida rörande aspekter och omständigheter som främst handlar om:

- Uppdragens innebörd, omfattning och inriktning
- Roller och ansvarsfördelning
- Patientens och närståendes autonomi och ADL-status
- Bostadsanpassningsbehov och andra ”praktikaliteter”
- Trygghets- och tillitsbehov för patient, närstående och personal

Utifrån dessa domäner utkristalliserar sig ett mönster med tre återkommande fenomen i remitteringen som handlar om en generell (1) tacksamhet för ett snabbt ansvarsövertagande av patienter, (2) en brist på vårdplatser och (3) en förlängning av sjukhuskorridoren till hemmet. Dokumentstudien visar att olika slags oklarheter, svårigheter och utmaningar i remitteringsförfarandet medför ett resurskrävande inventerings- och vårdplaneringsbehov, som är av betydelse för vårdtagarnas säkerhet inför/vid avancerad sjukvård i hemmet och att detta kan övervältras från slutenvårdens sida till remissmottagaren. I detta fall exemplet ASiH. Inventerings- och planeringsarbetet rörande ”enklare” och tidsbegränsade insatser (målgrupp 2) framstår inte nödvändigtvis som mindre arbetskrävande eller problematiskt, snarare tvärtom. Detta dels beroende av förekomst av en i övrigt komplicerande sjuklighet, dels att vida och oklara önskemål återkommer i remisserna, och där snabb tillgång till aktuell och relevant information dessutom kan vara knepig/omständig att nå och i synnerhet om patienten till exempel är utskriven och det föreligger olika journalsystem. Oavsett målgruppstillhörighet ses en mångtydig bild i remitteringen med önskemål om snabba övertaganden av patienter, vilket rör såväl patientrelaterade behov, som förväntningar och förfrågningar om avlastning/hjälp från slutenvård, öppenvård och särskilda boenden:

Dokumentstudien visar sammantaget att ASiH ställs inför olika slags presumtiva insatsbehov, som kräver betydande inventerings- och planeringsresurser för att såväl kunna bedöma behoven som söka ”säkra upp” vårdens praktiska realiserbarhet i hemmet. Detta utgör en angelägen proaktiv patientsäkerhetsaktivitet, samtidigt som just det kan vara problematisk på grund av bristande tid och möjlighet att snabbt nå relevant realtidsinformation. Detta inte minst då patienter snabbt kan skrivas ut från slutenvården till hemmet, vilket fördröjer, försvårar och komplicerar möjligheten till en gemensam avstämning/vårdplanering om/när så visar sig aktuellt och i synnerhet när ett delat ansvar föreligger eller behöver föreligga. Samtidigt som det kan saknas en gemensam journal. Dokumentstudien synliggör att ett slags förtydligande pati-

entsäkerhetsstrategier används mot bakgrund av ovanstående från ASiHs sida, för att kommunicera tillbaka oklarheter och patientsäkerhetsproblem till remittenten.

Sammantaget *kan* ovanstående oklarheter och aspekter/omständigheter såväl fördröja som försvåra gemensam vårdplanering och en säker vård i hemmet genom en fördröjning av insatser, vilket även kan föranleda onödiga risker för patienter samt resurskrävande bedömningsbesök och arbetsinsatser som emellertid inte nödvändigtvis leder till inskrivning och ersättning till ASiH som verksamhet. Oklara remisser som medför resurskrävande bedömningsbesök, indikerar att ASiHs resurser därigenom även riskerar användas på fel sätt.

7.2 Summering och möjliga ledningsrelaterade svårigheter 2008

Delstudierna synliggör utifrån exemplet ASiH att avancerade sjukvårdsinsatser kan möjliggöra hemvistelse istället för sjukhusvistelse i samband med svåra obotliga sjukdomstillstånd, men att detta i vårdpraktiken inte visar sig oproblematiskt att snabbt realisera och genomföra på ett säkert sätt. Detta främst eftersom avancerad hemsjukvård behöver betraktas som en intermediär och multiorganisatorisk vårdform som kan förutsätta olika slags insatser av olika aktörer, snarare än en vårdverksamhet som enbart ”tar över” en patient och där vård utförs av en enskild verksamhet. Detta gäller såväl inför att vårdformen avser aktualiseras, som under genomförandet av olika insatser och uppdrag inom ramen för vårdformen. Vårdformen tycks därmed kräva arbetsformer och tekniska sambandshjälpmedel för smidig multiorganisatorisk samverkan eller samarbete i realtid mellan flera vårdaktörer från olika slags verksamheter, eftersom det vid avancerad hemsjukvård dessutom kan råda eller kräva ett delat ansvar över patienters sjuklighet över dygnets alla timmar. Detta innebär att avancerad hemsjukvård kan inrymma en rik variation av olika slags patientuppdrag som inrymmer olika parallella pågående vårdkontakter och vård- och omsorgsinsatser för en och samma patient, samtidigt som patienters sjuklighet och pågående behandlingar kan av patientsäkerhetsskäl kräva kontroll och överblick över symtombilden och sjukdomsförloppets progress.

Utifrån ovanstående bild framträder ett mönster som visar att hälso- och sjukvårds- och omsorgsdomänen kan stå inför patientsäkerhetsproblem som kan handla om ledningssvårigheter, och som uppstår genom en ”utspridd” och svåröverblickbar vårdmiljö som är vårdpraktiskt svårt att hantera på ett säkert sätt i frontlinjen. Detta samtidigt som vårdkontexten även framstår som kognitivt belastande för involverad personal genom icke ändamålsenliga hjälpmedel och svårigheter rörande informations- och kommunikationsbehov i realtid omkring gemensamma patienter över såväl geografiska avstånd som organisatoriska gränsytor. Detta kan exemplifieras som vårdpraktiskt problematiskt för det första vid vårdformsskiften, då det föreligger behov av gemensamma vårdplaneringar vid mer sammansatta sjukdomstillstånd. För det andra i samband med riskfyllda pågående behandlingar av en cancersjukdom eller vid behandlingar av patienter med en sammansatt sjukdomsbild, där det föreligger flera olika diagnoser som behöver hanteras i realtid.

Utifrån ett problemlösningsperspektiv har vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem avslutningsvis summerats genom väsens-metoden (Eneroth, 1992, s. 154-159), vilket innebär nya upprepade genomläsningar av det empiriska materialet (intervjuer och remisser) med avseende på vad som mer konkret framkommit som just *praktiskt* försvårande omständigheter för

genomförandet av en säker vård när hemvistelse aktualiseras istället för sjukhusvistelse i samband med svåra obotliga sjukdomstillstånd. Denna summerande probleminventering förtydligar, sammanfattar och synliggör en bred exposé av det kvalitativt kännetecknande för vårdpraktikens försvårande omständigheter av betydelse för en säker vård i samband med vårdformen. Probleminventeringen visar för det första på praktiskt försvårande omständigheter för personal att utöva en patientsäker vård, och för det andra på olika slags problemskapande kontextuella omständigheter som tycks inverka på personalens arbete (ramvillkor). Dessa omständigheter framstår i sin helhet som komplexa, vilket bildar ett påtagbart mönster som kan summeras som ett utfall med avseende på:

- *Patienters unikum*, den icke standardiserade patienten där förekomsten och kombinationen av olika patientunika aspekter och omständigheter gör det mer eller mindre svårt att genomföra avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt.
- *Praktiskt försvårande omständigheter*, där delat ansvar, kompetensfrågor, ensamarbete och tidspress, icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsforum och former samt tekniska hjälpmedel för samband gör det mer eller mindre svårt att genomföra insatser och uppdrag på ett säkert sätt inom ramen för vårdformen.

Summeringen utifrån väsens-metodens datasammanfattningspincip (Eneroth, 1992, s. 154-159), visar således att förekomsten och kombinationen av olika aspekter och omständigheter framstår som mer eller mindre praktiskt försvårande för personalen att såväl påbörja som genomföra avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt - vilket främst handlar om:

- Antalet involverade vårdaktörer runt patienten
- Patientens vårdkontakter och pågående behandlingar (akuta/oplanerade/planerade)
- Omfattningen av patientens omvårdnads- och tillsynsbehov
- Hur föränderligt/instabilt patientens sjukdomstillstånd och/eller vårdbehov är (nuläge som över tid)
- Patientens sjuklighet (antalet diagnoser/sjukdomar)
- Patientens förmåga till egenvårdsansvar och egenvårdsinsatser
- Patientens tillgång/möjlighet till hjälp/stöd av närstående i hemmet
- Patientens boende och hemmets utformning avseende bostadsanpassningsbehov och nödvändiga hjälpmedel

Vårdpraktiken ställs således inför praktiska aspekter och omständigheter, som behöver såväl hanteras som söka klargöras både innan och sedan bevakas under vårdens genomförande eftersom dessa aspekter och omständigheter snabbt kan förändras (eller behöva förändras) över tid. Sammantaget går det därför konstatera att avancerad hemsjukvård framstår som en intermediär och multiorganisatorisk vårdform som uppvisar en föränderlig ”natur” som kräver individ- och situationsanpassning, varför vårdformen förefaller lättare sagt än gjort att snabbt realisera och genomföra i vårdpraktiken på ett säkert sätt. Detta i synnerhet eftersom flera exempel återkommande visat att olika påtagbart försvårande omständigheter kan göra det mer eller mindre svårt att genomföra vårdinsatser på ett säkert sätt inom ramen för vårdformen – detta gällande patienter tillhörande såväl målgrupp 1 som målgrupp 2.

De praktiskt försvårande omständigheter som bildat mönster som det gemensamma och kännetecknande för vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem, visar sig i huvudsak främst handla om:

- Delat ansvar som kan medföra oklara ansvarsförhållanden
- Ensamarbete och tidspress
- Varierande erfarenhet, förtrogenhet- och/eller kompetens inför/vid genomförandet av arbetsuppgifter
- Icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsformer och forum
- Icke ändamålsenliga tekniska hjälpmedel för informationsutbyte och kommunikation

Delat ansvar som kan medföra ***oklara ansvarsförhållanden,*** som en följd av:

- Antalet involverade specialister/verksamheter (till exempel specialistsjukvård/olika subdiscipliner)
- Målgruppsindelningssystemet
- Bristande kännedom om varandras kapacitet, resurser, roller m.m.

Ensamarbete och tidspress, som handlar om:

- Arbetets organisering
- Ekonomiska ersättningsvillkor och ersättningsformer
- Målgruppsindelningssystemet
- Insatstänkande kontra vårdbehovstänkande

Varierande erfarenhet, förtrogenhet- och kompetens rörande arbetsuppgifter, som inbegriper och/eller handlar om:

- Kunskap om olika slags allvarliga sjukdomstillstånd och deras ”normala” förlopp, utveckling och symtombild
- Kunskap om olika slags (och nya) behandlingar, läkemedel och deras biverkningar och följdverkningar
- Kunskap om basal vård såsom såromläggning, sondmatning, rensugning av luftvägar vid ventilatorbehandling m.m.
- Handhavande av mer eller mindre känd medicinsk tekniska hjälpmedel och annan utrustning

Icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsformer och forum, som kan försvåras av***:***

- Dokumentation och inläsning istället för muntlig kommunikation/överrapportering

- Språkliga hinder bland patienter, personal och närstående
- Indirekt muntlig informationsöverföring i andra och tredjehand
- Distansbedömningar/konsultationer med nya/okända medaktörer med okänd erfarenhet, förtrogenhet och kompetens
- Inget smidigt givet forum/form för vårdplanering omkring en gemensam patient
- Inget smidigt givet forum/form för att klargöra behov av samordning, samverkan eller samarbeten

Icke ändamålsenliga tekniska hjälpmedel för informationsutbyte och kommunikation, som kan försvåras av:

- Olika journalsystem för dokumentation (medicinsk och omvårdnadsmässig)
- Informationsbrist eller informationsöverflöd
- Inaktuell, svåröverskådlig och geografiskt ”utspridd” information och kunskap om patientens situation och status

Summeringen utifrån fallstudiens empiriska material enligt ovan visar att det är relevant att undersöka vårdformens innebörd, och de praktiskt försvårande omständigheternas betydelse utifrån ett ledningsvetenskapligt perspektiv. Detta eftersom det finns problem som kan försvåra eller omöjliggöra insatser och uppdrag inom ramen för vårdformen på ett säkert sätt, vilket även kan relateras till frågor rörande såväl behov som svårigheter rörande just samordning, samverkan och/eller samarbete omkring patienten när olika insatser aktualiseras eller pågår. Detta inte minst då ansvaret också på olika sätt kan vara delat i samband med vårdformen ASiH, inom vilken olika slags insatser eller uppdrag även genomförs. Det ledningsvetenskapliga perspektivets innebörd handlar då om att betrakta patientsäkerhetsproblematiken och de försvårande omständigheterna som presumtiva ledningsproblem. Detta med avseende på möjliga ledningsbehov för en patientsäkrare vård genom effektiv ledning, när hemvistelse istället för sjukhusvistelse aktualiseras i samband med svåra obotliga sjukdomstillstånd genom den intermediära och multiorganisatoriska vårdformen ASiH.

7.2.1 Patientsäkerhetsproblem och/eller ledningsproblem?

Utifrån summeringen av vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem i det samlade empiriska materialet, så framträder främst två olika typer av problem i samband med den intermediära och multiorganisatoriska vårdformen ASiH. Dels *patientsäkerhetsproblem* som kan sägas beröra såväl patienter (risk[128] för vårdskada[129]) som personal (risk för arbetsrelaterad ohälsa[130]), dels möjliga *ledningsproblem* (ledningssvårigheter).

[128] Med risk avses enligt Socialstyrelsens termbank [2012-04-29]: ”möjlighet till negativ händelse.” Med risk utgår jag från att detta i vårdformen även berör olika involverade parter såväl patient, personal som närstående.
[129] Med vårdskada avses enligt Socialstyrelsens termbank [2012-04-29]: ”Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.”
[130] Med arbetsrelaterad ohälsa utgår jag från Gelin och Holms (2002) beskrivning, där motsatsen till hälsa handlar om mer än frånvaro av sjukdom – vilket innebär att andra negativa aspekter (till exempel vantrivsel av en

Med ett patientsäkerhetsproblem avses enligt ovan en omständighet eller aspekt som kan medföra risk för vårdskada, medan ett ledningsproblem där ledning betraktat som funktion i linje med van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2006a,b; 2007; 2008a,c; 2009c; 2013) anda snarare handlar om praktiska svårigheter att uppfylla det framträdande ledningssystemets tre funktioner; datainsamling, sensemaking (orientering) och planering.

Dessa två typer av problem tycks kunna sammanfalla, samtidigt som det finns anledning att uppmärksamma att ett ledningsproblem och ett patientsäkerhetsproblem kan skilja sig åt eftersom effektiv ledning handlar om att lyckas leverera den vård som behövs när hemvistelse istället för sjukhusvistelse aktualiseras. Om det inte levereras någon vård när hemvistelse aktualiseras istället för sjukhusvistelse så blir det ingen vård för patienten, vilket då samtidigt innebär att en säker vård kan betraktas som ett möjligt sätt att leverera vården på.

Jag har emellertid funnit att främst två omständigheter i vårdpraktiken kan försvåra eller omöjliggöra leverans av vård på ett säkert sätt:

- *Patienters unikum*, den icke standardiserade patienten där förekomsten och kombinationen av olika patientunika aspekter och omständigheter gör det mer eller mindre svårt att genomföra avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt.
- *Praktiskt försvårande omständigheter*, där delat ansvar, kompetensfrågor, ensamarbete och tidspress, icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsforum och former samt tekniska hjälpmedel för samband gör det mer eller mindre svårt att genomföra insatser och uppdrag på ett säkert sätt inom ramen för vårdformen.

Patienters unikum kan betraktas som en källa till presumtiva ledningsproblem, eftersom patientuppdragen rimligtvis inte kan standardiseras i någon större utsträckning. Detta eftersom de behöver behovsanpassas, utformas och sedan genomföras med lyhördhet – vilket aktualiserar frågor rörande uppdragens karaktärsdrag och lämpliga ledningskoncept för en patientsäkrare vård. Även *praktiskt försvårande omständigheter* kan bli en källa till ledningsproblem, eftersom dessa omständigheter rimligtvis utgör möjliga påverkansfaktorer på det ledningssystem som gestaltar sig i samband med olika insatser och uppdrag inom ramen för vårdformen – vilket aktualiserar frågor huruvida effektivare ledning för en säkrare vård är möjlig inom ramen för det ledningssystem som gestaltar sig. Sammantaget innebär ovanstående resonemang att vårdskador kan vara möjliga att förebygga genom effektiv ledning, vilket därigenom skulle kunna bidra till att minimera uppmärksammade risker[131] för vårdskador och arbetsrelaterad ohälsa.

---

arbetssituation) blir av betydelse för hälsomässigt tillstånd och välbefinnande. I juridisk mening berör inte termen ”arbetsrelaterad ohälsa” närstående, även om beskrivningen rimligtvis kan vara relevant även för det ”ideella” vård- och omsorgsarbete anhörigvårdare bistår med i hemmet.

[131] Med risk avser jag en subjektiv riskupplevelse, betraktat utifrån vårdpraktikens perspektiv. För vidare diskussion av riskbegreppet, se *Handbok i riskanalys* (Räddningsverket, 2003, s. 21-52).

8. Vårdformen ASiH – en ledningsvetenskaplig betraktelse 2008

I kapitlet återfinns en tematisk ledningsvetenskaplig analys i form av en betraktelse och diskussion av vårdpraktikens patientsäkerhetsrelaterade problemområden utifrån föregående kapitel 7.2. Genom exempel på återkommande företeelser som hämtats från studiens samlade datamängd och kunskapsmaterial från den första fasen, så diskuteras och problematiseras ledningsbehov samt möjligheten till patientsäkrare vård i samband med en intermediär[132] och multiorganisatorisk vårdform (ASiH) genom ledning. Kapitel 8 inleds med beskrivning av hur analys genomförts och gestaltas, och avslutas med summering av observationer utifrån ett ledningsperspektiv rörande vårdformen ASiHs ledningsfråga 2008 - avseende ledningsproblematiskt utgångsläge, ledningsmässigt önskat slutläge samt ledningsfunktionens villkor med möjlig design.

8.1 Genomförande och gestaltning

Med hjälp av ledningsvetenskapliga begrepp, teorier och resonemang har patientsäkerhetsproblematiken och de försvårande omständigheter vårdpraktiken möter rekontextualiserats, för att på abduktiv väg betraktas som presumtiva ledningsproblem i samband med en intermediär och multiorganisatorisk vårdform - som kan kräva ledning. Analys utgår från innehåll i kapitel 7.2, med representativa citat och exempel i kapitel 8 på olika slags försvårande företeelser och omständigheter för genomförande av säker vård i samband med vårdformen. Den samlade datamängden från forskningsstudiens första fas utgör därför underlaget i analysen, tillsammans med relevanta styrdokument.

Inkommande remisser betraktas som exempel på olika slags uppdrag och uppdragsbeskrivningar som rör olika patienter, och de avgränsade vårdinsatser eller uppdrag som omnämns i intervjuer utgör exempel på förekommande uppdrag inom vårdformen. I analysen antas praktiker; i detta fall läkare, sjuksköterskor, undersköterskor - utföra ledningsaktiviteter inom ramen för ett implicit ledningssystem. Analysen har utifrån Brehmers (2009a) grundantaganden om vad effektiv ledning innebär metodmässigt utgått från ett ledningssystems form (se figur 18, kapitel 3.6): såsom detta framträder i vårdpraktiken genom olika exempel på ledningsrelaterade aktiviteter, förehavanden eller handlingsmönster i samband med efterfrågade, genomförda eller pågående insatser och uppdrag samt genom de tillvägagångssätt, hjälpmedel eller stödsystem som används relaterat till detsamma.

De ledningsvetenskapliga nyckelord som genomsyrat analysen är; uppdrag, effektiv ledning, ledningskoncept, ledningsbehov och ledningssvårighet. Analysen utgörs av en retrospektiv ledningsvetenskaplig betraktelse rörande vårdformens innebörd och de försvårande omständigheternas betydelse, vilket presenteras som en ”lösningsinriktad” betraktelse. Detta innebär ett ledningsvetenskapligt synsätt på vårdpraktikens patientsäkerhetsrelaterade problem och de försvårande omständigheterna, dels med avseende på vårdformens innebörd, uppmärksammade ledningsbehov och ledningssvårigheter samt möjligheter till en säkrare vård genom effektiv ledning i samband en intermediär och multiorganisatorisk vårdform. Analysen har genom-

[132] Uttrycket intermediär har jag hämtat ur LIFs (de forskande läkemedelsföretagen) förslag på definition rörande avancerad vård i hemmet (se fotnot sid.11). Med uttrycket intermediär menar jag att vårdformen ASiH utgör dels ett mellanting mellan hemsjukvård, slutenvård och öppenvård, dels att vårdformen kan inbegripa olika slags parallella vårdkontakter som kan fortgå och variera i olika slags kombinationer över en längre/obestämd tidsperiod eftersom det är tal om patienter med kroniska och/eller obotliga sjukdomstillstånd.

förts och presenterats på ett tematiskt sätt under tre olika rubriker; Vårdformens innebörd, Uppdrag och insatser i samband med vårdformen och Möjligt operativt och taktiskt ledningsbehov i samband med vårdformen.

8.2 Vårdpraktikens patientsäkerhetsproblem – en fråga om ledningsbehov?

När patientsäkerhetsproblematiken i samband med den intermediära och multiorganisatoriska vårdformen ASiH rekontextualiseras som presumtiva ledningsproblem, så synliggör de praktiskt försvårande omständigheterna (i kapitel 7.2) som vårdpraktiken möter att det behövs ledning för en patientsäkrare vård när hemvistelse istället för sjukhusvistelse aktualiseras för fortsatt vård vid svåra sjukdomstillstånd. Detta eftersom de försvårande omständigheter som vårdpraktiken möter kan betraktas som ledningsproblem och som ett uttryck för ledningsbehov och ledningssvårigheter såväl inför att vårdformen ASiH avser aktualiseras, som under genomförandet av de olika slags insatser och uppdrag som visat sig förekomma inom vårdformen.

8.2.1 Vårdformen ASiHs innebörd

Innebörden av vårdformen ASiH handlar om att det uppstår ett säkerhetsrelaterat ledningsbehov som är en direkt följd av att ASiH även utgör en vårdform, och inte enbart en verksamhet.

Ledningsbehov för patientsäkrare vård kan tydligast exemplifieras och uppmärksammas inom två områden;

1. dels rörande ledning av patienthanteringen[133] vid vårdformsskiften,
2. dels rörande ledning av olika patienters vård när vårdformen ASiH väl aktualiserats och pågår.

8.2.1.1 Effektivare ledning för patientsäkrare vård

Behovet av ledning rörande ovanstående två områden, aktualiserar emellertid frågan om huruvida det även föreligger ett behov av en operativ ledningsfunktion rörande patienthanteringen. Enligt DOODA- modellen (figur 17, kapitel 3.5.2) går det nämligen betrakta remissen som ett uppdrag som avser utmynna i en ”order” i form av ett beslut om ett vårdformsval som då behöver fattas innan vårdformen ASiH överhuvudtaget aktualiseras. De påtagbara insatsbehoven till patienter som framkommit i remisserna i kombination med de kvarstående inventeringsbehoven och oklarheterna, skulle tala för att det av patientsäkerhetsskäl föreligger ett behov av en insatsledningsorganisation inom hälso- och sjukvårdens- och omsorgens domän med en samordnande och gemensamt inriktande operativ vårdledningsfunktion (ett slags stab) som tar initialt ansvar för patienten med befogenhet att slussa denna vidare på ett patientsäkert sätt till en lämplig och överenskommen vårdform.

Syftet med en sådan operativ ledning rörande patienthanteringen vid vårdformsskiften, handlar då om att uppnå inriktning och samordning genom datainsamling och gemensam sensemaking utifrån relevant information i den initiala vårdplaneringsprocessen inför beslut om vårdform. Detta innebär då även initiering av en gemensam vårdplanering och ett förberedelsear-

[133] Med patienthantering avser jag olika slags nödvändiga patientrelaterade aktiviteter i samband med ett vårdformsskifte.

bete och utredning inför ”överlämnande” av patienten i lämplig och överenskommen vårdform, och där operativ ledning av patienthanteringen kan såväl initiera, stödja som underlätta ett patientsäkrare vårdformsskifte samt utgöra underlag för remissmottagaren (till exempel ASiH) inför fortsatt detaljerat vårdplaneringsarbete (på motsvarande taktisk nivå) vilket sammantaget kan förväntas främja en kostnadseffektiv, patientsäker och värdig vård och minimera risken för snabb och plågsam ”retur” av patienten till akutsjukvården efter en slutenvårdsvistelse.

När det gäller det uppmärksammade behovet av ledning rörande patienters vård när vårdformen ASiH väl aktualiserats och pågår, så handlar den typen av ledning snarare om ledning av olika patienters vård med syftet att främja och underlätta patientsäkrare beslut och vägval i realtid rörande såväl det medicinska som omvårdnadsmässiga ”innehållet” i vården och uppföljningen rörande detsamma utifrån patienters tillstånd. Det uppmärksammade ledningsbehovet rörande patienters pågående vård kan benämnas som multidisciplinärt[134], och kan exemplifieras mot bakgrund av mängden involverade parter som kan bli en ofrånkomlig följd av en sammansatt sjuklighet och ett svårt obotligt sjukdomstillstånd. Detta eftersom patienter som vistas i hemmet kan genomgå olika behandlingar och som då har olika slags vårdkontakter, varför ett lämpligt decentraliserat ledningskoncept kan antas främja och underlätta den gemensamma inriktningen av vården som framstår som nödvändig rörande patienter i en multiorganisatorisk vårdform, i detta fall – exemplet ASiH.

Informationsteknologi (IT) inom vård och omsorg utgör ett högaktuellt område i Sverige, där tanken även är att främja säkerhet och kvalitet för vårdtagarna (Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting, Socialstyrelsen, 2008). Dokumentation i (och tillgång till) en gemensam digital patientjournal visar sig emellertid inte nödvändigtvis vara ett patientsäkert svar på det uppmärksammade intermediära och multiorganisatoriska ledningsbehovet av patienters vård, eftersom den pågående vården kan innebära föränderliga och instabila sjukdomstillstånd som hanteras av flera olika organisationer/verksamheter och därmed inrymmer en mängs presumtiva organisatoriska och sociala gränsytor. Den stora mängd patienter med en betydande mängd involverade parter medför emellertid att det är praktiskt svårt för enskilda medarbetare att på ett centraliserat och ”flygledarliknande” sätt bedriva dygnet runt bevakning i realtid av eventuella förändringar av innehållet i samtliga patienter journaler för att söka få en helhetsbild. Detta skulle tala för att ledning för en patientsäkrare vård i samband med behandling av en sammansatt sjuklighet och svåra obotliga sjukdomstillstånd (utöver en gemensam digital journal), snarare förutsätter ett decentraliserat och kommunikationsintensivt ledningskoncept med nya sambandstekniska ledningshjälpmedel att nyttja i realtid – i kombination med en tydligt uttalad gemensam intension och målsättning som ledstjärna i den pågående vårdens ledningsprocess. I en studie av Bell et al (2009) har påtagliga förbättringsbehov påvisats vad avser kommunikation mellan läkare inom slutenvård och öppenvård för aktuell och förbättrad helhetssyn över patientens vårdförlopp. Det är möjligt att den palliativa vårdfi-

[134] Med multidisciplinärt avser jag dels det faktum att många olika professioner kan behöva involveras (som vid den palliativa teamtanken), innefattande till exempel läkare, sjuksköterska, dietist, arbetsterapeut, sjukgymnast o s v. Dels att olika patienters sammansatta sjuklighet och symtombild kan inbegripa en rik variation av olika slags involverade specialister med olika så kallad disciplinär tillhörighet, såsom till exempel cancerspecialister, hjärtspecialister, njurspecialister o.s.v.

losofin skulle kunna utgöra en del av en gemensam intention och målsättning i ledningsprocessen rörande olika patienters vård i samband med insatser och uppdrag vårdformen, förutsatt att involverade parter lägger samma betydelse i begreppet ”palliativ vård” och den praktiska innebörden av detsamma.

Idag saknas samtidigt en explicit given arena eller ett slags forum inom hälso- och sjukvården i form av en motsvarighet till något slags insatsledningsorganisation med olika ledningsnivåer eller liknande, vilket innebär att de organisatoriska ledningsvillkoren för en traditionell hierarkisk ledningskedja kan betraktas som påtagbart kringskuren. Detta kan uppmärksammas som såväl ett patientsäkerhetsproblem vid främst vårdformsskiften som ett insatsledningsorganisatoriskt tillkortakommande inom hälso- och sjukvårdsdomänen, eftersom patienter kan med betydande men oklara insatsbehov remitteras för vårdformen ASiH i nära anslutning till att patienten skrivs ut efter en slutenvårdsvistelse – men utan att uppdragets realiserbarhet och nödvändiga insatser för detsamma har inventerats eller hunnit säkrats upp för patientens räkning. Samtidigt utgör dessa omständigheter paradoxalt nog ett mycket starkt motiv för att ledning idag främst behöver betraktas som en funktion på en lägre motsvarande taktisk och ”vårdteknisk” ledningsnivå i linje med van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2006a,b; 2007; 2008a,c; 2009c) resonemang. Detta eftersom vårdformen ASiHs organisatoriska villkor har just utpräglat decentraliserade inslag, vilket rimligtvis även omöjliggör traditionell hierarkisk operativ insatsledning för samordning och gemensam inriktning av tillgängliga resurser för en patientsäker vård när en multiorganisatorisk vårdform som inrymmer delat ansvar avser aktualiseras och där hemmet avser utgöra basen för fortsatt vård.

8.2.1.2 Vårdformen ASiHs ”natur”

Enligt Brehmer (2008a; 2009c) är ledningsbehov en dimensionerande faktor där resursåtgången för detsamma avgörs av just karaktären på ett uppdrag, men också av ledningens ”janusansikte” innefattande såväl de inåtriktade som utåtriktade ledningsaspekterna. De inåtriktade aspekterna handlar om hur den egna organisationens resurser kan användas i uppdraget, medan de utåtriktade aspekterna avser uppdragens innebörd – det vill säga att: ”…förstå situationen och de krav uppdraget ställer (Brehmer, 2008a, s. 13).” Detta resonemang innebär att de aspekter och omständigheter som visat sig försvårande för en säker vård i kapitel 7.2, också kan antas vara av betydelse och dimensionerande för ledningsbehovet rörande såväl patienthanteringen som den pågående vården. Detta eftersom dessa faktorer även avspeglar den dynamiska ”natur” som vårdformen innebär på grund av patienters ofrånkomliga unikum, vilket även ytterst kan antas få betydelse för såväl de olika uppdragens innebörd som dess ledningsbehov i vårdpraktikens genomförande. Både avgränsade insatser som mer sammansatta uppdrag inom vårdformen kan inbegripa flera ledningsaspekter av utåtriktat slag, i den bemärkelsen att det av patientsäkerhetsskäl är nödvändigt för involverade parter att rikta blicken utanför den egna verksamheten för att kunna förstå och vara lyhörd för vad ett uppdrag eller insats inom vårdformen ASiH kan kräva för typ av resurser (och uppskatta detsamma), och vad den egna verksamheten såväl kan som behöver om möjligt bidra med i sammanhanget.

När det gäller behovet av såväl ledning som vilket ledningskoncept som framstår som lämpligt, så avgörs det delvis utifrån vilket slags uppdrag det är tal om (målgrupp 1 eller målgrupp

2), men också utifrån förekomsten och kombinationen av de olika aspekter och omständigheter som visat sig kunna försvåra genomförandet och fullföljandet av avancerad hemsjukvård på ett säkert sätt:

- Antalet involverade vårdaktörer
- Typen av vårdkontakter (akuta/oplanerade/planerade)
- Hur föränderligt/instabilt patientens sjukdomstillstånd och/eller vårdbehovet är (nuläge som över tid)
- Patientens sjuklighet (antalet diagnoser/sjukdomar) och pågående/planerade behandlingar
- Omfattningen av patientens omvårdnads- och tillsynsbehov
- Patientens autonomi, det vill säga förmåga till egenvårdsansvar och egenvårdsinsatser
- Patientens tillgång/möjlighet till hjälp/stöd av närstående i hemmet
- Patientens boende och hemmets utformning

Utifrån ovanstående aspekter går det uppmärksamma ett betydande ledningsbehov och även ett motiv för en välfungerande datainsamlingsfunktion i ledningsprocessen som rör främst patienthanteringen inför ett vårdformsskifte. Detta dels eftersom ovanstående informationsaspekter rimligtvis ligger utanför vad en om möjligt gemensam digital patientjournal kan tillhandahålla, dels eftersom dessa omständigheter även kan såväl ha förändrats som vara föränderliga. Vårdformens ”natur” inbegriper således dynamiska informationsaspekter som av patientsäkerhetsskäl talar för vikten av en välfungerande ledningsfunktion och arena för patienthanteringen i samband med ett vårdformsskifte.

Sammantaget innebär även förekomsten och kombinationen av dessa försvårande aspekter och omständigheter enligt ovan att såväl efterfrågade som pågående uppdrag som kan aktualiseras inom ramen för vårdformen, kan betraktas som antingen komplicerade eller komplexa i linje med Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi. Ledningsbehov och ledningssvårigheter i samband med komplicerade och komplexa operationer är däremot något som hittills främst uppmärksammats rörande fredsbevarande internationella insatser (Brehmer, 2008a). Till skillnad mot vid fredsbevarande internationella insatser så kan ett avancerat hemsjukvårdsuppdrag däremot innebära en komplicerad eller komplex operation per patient, vilket ur ett ledningsperspektiv signalerar att hälso- och sjukvården därigenom kan förväntas stå inför en betydande resursåtgång vad avser det sammantagna ledningsbehovet som uppkommer genom olika patientuppdrags ledningsprocesser. Detta genom att flera komplicerade eller komplexa operationer per patient kan efterfrågas och förkomma samtidigt inom ramen för vårdformen, och därmed involvera olika slags aktörer för varje patients räkning. Värt att nämna i detta sammanhang är att det antal avancerade hemsjukvårdsuppdrag som inkom till ASiH som verksamhet under en fyra månaders period inkom från 116 olika remitterande enheter, vilket indikerar ett betydande antal organisatoriska och möjliga sociala gränsytor och tillika presumtiva samarbetspartners. Detta säger emellertid inget om den rika variation av olika involverade aktörer för varje patients unika räkning som också utgör en återkommande företeelse och som sannolikt kan betraktas som en komplicerande faktor ur ett ledningsperspektiv, vilket gäller uppdrag som rör patienter tillhörande såväl målgrupp 1 som

målgrupp 2. Detta kan betraktas som en ledningssvårighet när det gäller såväl patienthanteringen vid vårdformsskiften, som patienters pågående vård. Detta eftersom det saknas ett givet ledningsforum samtidigt som flera involverade aktörer också ger upphov till ett ofrånkomligt delat ansvar över patientens vård - när hemvistelse istället för sjukhusvistelse aktualiseras för fortsatt behandling och vård i samband med svåra sjukdomstillstånd:

> [...]även om vi ska ta patienten som ”målgrupp-ett-patient” [helhetsansvar] då ska ju vi ta på oss allt då liksom. Ja, men sen är det ju så knepigt så att även om dom ärhemma och går på vårdcentralen och kan vara patient hos oss, så ska dom ju in och ha olika kontakter med olika specialistöppenvårdsmottagningar också av olika slag. (Läkare)

Redan vid vårdformsskiften kan olika slags vårdkontakter och delat ansvar föranleda oklarheter rörande vem som kan eller ska bedöma, följa upp och ta ansvar för vad om vårdformen ASiH aktualiseras, vilket blir mest uppenbart vid de avgränsade uppdrag som riktar sig till målgrupp 2 patienter. Detta i synnerhet eftersom patienters status, medicinering och insatsbehov överlag kan vara föränderligt över tid vid ett svårt och obotligt sjukdomstillstånd. Patienters status och sjuklighet, hemförhållanden samt antalet och typen av involverade medaktörer, framstår därför som resursmässigt krävande aspekter/omständigheter i ledningsprocessen rörande såväl resursåtgång för förväntad vårdplanering som aspekternas/omständigheternas betydelse för vårdformens praktiska realiserbarhet på ett säkert sätt över tid. Sammantaget ger detta en bild av en vårdform vars ”natur” framstår som såväl resurskrävande som inte minst svår att leda utifrån ett centraliserat ledningskoncept genom detaljplanering på förhand och fasta rutiner, eftersom varken vårdförloppet eller patientuppdragen fullt ut går överblicka på förhand när det gäller nödvändiga insatsbehov och förväntad resursåtgång eftersom olika patienter sannolikt kan ha olika och föränderliga behov över tid som behöver tillgodoses av olika aktörer. Därmed påminner den intermediära och multiorganisatoriska vårdformens ”natur” och tillika inbyggda ledningssvårighet om de ledningsutmaningar som uppmärksammats i samband med komplexa operationer vid fredsbevarande internationella insatser, eftersom även patientuppdrag behöver skapas mot bakgrund av patienters ofrånkomliga unikum och där nya konstellationer av involverade parter uppstår med behov av gemensam sensemaking men där ingen kan sättas under den andres ”befäl”. Detta innebär att sensemakingprocessen[135] per patientuppdrag i samband med den intermediära och multiorganisatoriska vårdformen ASiH kan i visst avseende likna en komplex operation vid en fredsbevarande internationell insats, i den bemärkelsen att patienters unikum också kräver att:

> Ett gemensamt uppdrag måste istället *skapas* av de ingående myndigheterna/organisationerna som en del av ledningsprocessen istället för att vara en utgångspunkt som fallet är när uppdraget skall lösas av en enda organisation (Brehmer, 2008a, s. 17).

Precis som vid komplexa operationer som avses i citatet enligt ovan, kan därför vårdformen även antas ställa särskilt resursmässiga krav på sensemakingfunktionens utformning och dimension redan innan vårdformen ASiH aktualiseras. Dessa omständigheter kan begripliggöra varför avancerad hemsjukvård inte heller visar sig vara en vårdform som låter sig snabbt ak-

[135] Med sensemaking avses den ledningsfunktion som skapar förståelse för vad som mer konkret ska göras i en situation, vilket enligt DOODA-modellen (Brehmer, 2009a) utgör en helt avgörande funktion i ett ledningssystem, (se figur 17, kapitel 3.5.2).

tualiseras med kort tidsvarsel och genomföras på ett enkelt, standardiserat och säkert sätt efter att en remiss utfärdats och en patient önskar ”övertas” för avancerad hemsjukvård. De ledningsbehov som kan uppmärksammas inför/vid vårdformen visar sig därmed också vara den dimensionerande faktorn som Brehmer (2008a) beskriver som avgörande för ledningsbehovets omfattning. Det ledningsbehov som vårdformen ger upphov till, exemplifieras emellertid tydligast genom de olika karaktärsdrag som såväl inkommande som pågående vårdinsatser medför. Samtidigt som den oförutsägbarhet och osäkerhet som vårdformen inrymmer kan betraktas som ett påtagbart inslag i den bemärkelsen att ingen patient är den andra lik – vilket ger en bild av en vårdform och tillika ledningskontext präglad av osäkerhet. Detta ger sannolikt en påtagbar begränsning i vad och hur mycket som går förute och planera på förhand när det gäller patientens insatsbehov och resursåtgång när vårdformen ASiH avser aktualiseras, eftersom det handlar om insatser till människor med olika behov och med olika hälsotillstånd, sjukdomsförlopp, hemförhållanden, livssituationer, känslor m.m. och där varken patienter eller närstående kan förväntas vara eller kunna bli standardiserade mottagare av insatser. Uppdragen inom ramen för vårdformen måste således sannolikt skapas, behovsanpassas och ledas utifrån patienters enskilda behov och unikum.

8.2.2 Uppdrag och insatser i samband med vårdformen ASiH

De avgränsade insatser och uppdrag som såväl efterfrågas som hanteras inom ramen för vårdformen ASiH kan utifrån Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi betraktas som antingen komplicerade eller komplexa till sin karaktär.

8.2.2.1 Vårdformen ASiHs dimmor, friktioner och ledningssvårigheter?

Patientuppdragens karaktärsdrag får emellertid enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) resonemang också betydelse för sättet att se på ledningsbehovet, samt vilket ledningskoncept som kan vara lämpligt och praktiskt möjligt för en patientsäkrare vård när vårdformen ASiH aktualiseras. Samtidigt som patienter av inte minst etiska och humanistiska skäl inte kan betraktas som standardiserade passiva mottagare av insatser, varken innan vårdformen ASiH avser aktualiseras eller under tiden insatser inom ramen för vårdformen genomförs eller pågår. Detta blir uppenbart genom att uppdrag visar sig inrymma en ofrånkomligt stor variation när det gäller patienters hemförhållanden, hälsomässiga status/sjuklighet, medicinska och omvårdnadsmässiga behov, och möjliga effekter av pågående/planerade behandlingar m.m. De insatser och uppdrag som såväl efterfrågas, genomförs eller pågår inom ramen för vårdformen kan därmed också antas påverkas av en inbyggd föränderlighet och osäkerhet, vilket i det närmaste måste ses som ofrånkomligt relaterat till såväl människans individualitet som olika patienters unikum. Detta oavsett om ett uppdrag kan kategoriseras som komplicerat eller komplext, enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi. Denna inbyggda osäkerhet genom patienters unikum tycks ofrånkomligt prägla insatser och uppdrag inom ramen för vårdformen, vilket innebär att såväl medicinska som icke medicinska oförutsedda händelser kan förväntas uppstå av olika skäl - varför viss osäkerhet därmed inte heller nödvändigtvis är möjlig att förebygga, kontrollera eller hantera på ett säkert sätt genom att på förhand söka konstruera bestämda detaljerade regler och rutiner för detsamma. Händelser och osäkerhet som en följd av individualitet och patienters unikum måste troligtvis istället hanteras då detta uppstår, eftersom nya ingångsvärden hela tiden kan förväntas inkomma och

behöva beaktas i samband med olika insatser och uppdrag. Detta talar för att så kallade friktioner utgör ett påtagbart inslag även inom hälso- och sjukvården och i synnerhet vid den här typen av intermediär och multiorganisatorisk vårdform när många parter är involverade.

I Försvarsmaktens militärstrategiska doktrin beskrivs friktioner som:

> [...]oförutsedda händelser som, helt eller delvis, omintetgör det önskade händelseförloppet. Såväl människor, materiel som miljöfaktorer kan bidra till att friktioner uppstår. [...] Friktioner resulterar ofta i att hela situationen måste omvärderas och nya handlingsalternativ utarbetas (Försvarsmakten, 2002, s. 20).

Friktioner - som är ofrånkomliga – kan utifrån detta synsätt antas uppstå som en följd av just den ofrånkomliga osäkerhet som vårdformen inbegriper rörande bland annat patienters hälsomässiga status, sjukdomsprogress, effekt av pågående/planerade behandlingar samt närståendes förmåga/möjlighet till stöd m.m. Detta innebär att insatser och uppdrag inom ramen för vårdformen ASiH, ständigt kan antas utmanas av en inbyggd osäkerhet med potentiella friktioner som kan skapa ledningssvårigheter och där en patientsäker vård genom en långsiktigt hållbar planering påtagbart försvåras eller undergrävs. Det finns därmed sannolikt anledning att utgå från att en intermediär och multiorganisatorisk vårdform skapar en mindre uppmärksammad och friktionsfylld ”ledningskontext” som inrymmer ett slags ofrånkomlig svårförutsägbarhet liknande ”krigets dimmor” [136]. Detta måste betraktas som problematiskt ur ett ledningsperspektiv inför genomförandet av insatser och uppdrag, eftersom det betyder att vårdformen ASIH kan antas kräva en ny typ av ledning, och där förekomsten av såväl dimmor som friktioner kräver tillförsel av ledningsresurser och lämpliga ledningshjälpmedel i realtid för en patientsäkrare vård.

I militära sammanhang utgör dimmor och friktioner ett känt och ständigt närvarande dilemma och tillika ledningsproblem som försvårar långsiktig planering, och där dimmor ständigt behöver försöka reduceras genom att aktivt söka eftersträva/nå tillräcklig realtidsinformation. Detta är helt avgörande för att kunna påverka ett föränderligt och snabbt händelseförlopp, men däremot lättare sagt än gjort i en föränderlig ledningskontext eftersom det också kräver såväl tillräckligt med tid som förmåga hos människan att såväl nå som processa tillgänglig information för att nå kunskap och förståelse i situationen (Försvarsmakten, 2002, s.15-21).

Dimmor kan emellertid uppmärksammas som en ledningssvårighet även i samband med den här typen av intermediär och multiorganisatorisk vårdform, och som en följd av den inbyggda osäkerhet som då finns på grund av patienters sjukdomstillstånd och unikum, flera involverade aktörers agerande i vårdförloppet m.m. Olika slags friktioner kan exemplifieras som en följd av en vårdsituation som tycks präglad av dimmor och där friktioner såväl behöver söka förutses som föregripas i ledningsprocessen av patienters vård, vilken kan såväl utföras eller dirigeras av eller på olika inrättningar vilket medför uppföljnings- och övervakningsbehov på distans med geografiska avstånd mellan såväl medicinskt ansvarig personal som patient. Tillräckligt med tid, erfarenhet, förtrogenhet och kompetens kan därför exemplifieras som viktiga ”redskap” hos personal som befinner sig närmast patienten när hemvistelse istället för sjuk-

[136] I militära sammanhang är ”dimmorna” en metafor för den osäkerhet och brist på förutsägbarhet som uppstår ur olika aktörers agerande, komplexiteten i en konflikt/oroshärd samt oförutsedda händelser så kallade friktioner (Försvarsmakten, 2002, s. 15-21).

husvistelse aktualiseras i samband med riskfyllda behandlingar vid svåra sjukdomstillstånd. Detta kan exemplifieras rörande de uppdrag som berör den nya ”typen” av cancerpatienter, med pågående behandlingar i samspel med ordinerande specialister på distans på olika sjukhus:

> den här verksamheten ser annorlunda ut idag, jämfört med tidigare. Människor blir äldre, vi behandlar människor längre, vi har en jättestor ny arsenal av läkemedel när det gäller att behandla cancersjukdomar, och vi är duktigare på att ge support. Det ställer större krav på oss att vara kompetenta, duktiga på att identifiera vad som är risker, med pågående behandlingar, och en av riskerna är att vi är på olika [geografiskt belägna] ställen.[...] man [kan läsa] journaler och se vad som händer, men det är en fara i att det ordineras läkemedel, det ordineras behandlingar, det kräver väldigt mycket av oss att vara uppdaterade, och vi har [många patienter som är under aktiv behandling mot cancersjukdom], och det kan vara en aktiv [botande] behandling, det kan vara behandlingar i ett tidigt palliativt skede, efter ett första återfall [av cancer] och framöver. Det är ändå stora faror tycker jag att vi inte alltid hinner med att vara så pass uppdaterade som vi behöver. Vi måste vara uppmärksamma på biverkningar, vi måste kunna identifiera [negativa följdverkningar av behandlingar och åtgärda dessa] vi måste veta var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet, och det kräver (…) andra resurser än vad vi har idag. Vi behöver också en ökad kompetens [...] (Läkare)

Exemplet visar att vårdformen inrymmer uppdrag som rör en ny ”typ” av patienter som genomgår riskfyllda behandlingar, vilket tycks ställa höga krav på dels samarbetsformer med specialistsjukvården och dels på en bemanning med hög specialistkompetens utanför sjukhusen. Detta innebär att det vid den här typen av uppdrag behöver säkerställas en välfungerande multidisciplinär ledningsfunktion för att möjliggöra datainsamling och gemensam sensemaking i realtid i samband med patienters pågående vård. Samtidigt som behandlingarna i sig självt samt olika patienters unikum och individualitet, medför en ofrånkomlig osäkerhet och svårförutsägbarhet med potentiella friktioner. Denna osäkerhet tycks avse såväl sjukdomsförloppets utveckling som möjliga icke önskvärda följdverkningar av behandlingar, vilket i tid behöver kunna uppmärksammas för att kunna hanteras och söka kuperas för en patientsäkrare vård. När det gäller militär ledning har grundproblemet (utifrån en amerikansk ledningsdoktrin) sammanfattats av Brehmer (2009d, s. 213) i termer av främst osäkerhet och tidstillgång. I likhet med militär ledning kan problemet vid denna typ av uppdrag handla om de två aspekter som Brehmer (2009d, s. 213) lyfter fram som särskilt problematiskt, nämligen ”… att *hantera osäkerhet och att fatta beslut i rätt tid*.” Brehmer (2009d, s. 213-214) menar att:

> Osäkerhet har två olika källor: brist på tillförlitlig information och/eller brist på förmåga att förstå och utnyttja den information som står till buds. Att veta något om källan till den osäkerheten är viktig när man ska försöka reducera den. Men när man står inför själva beslutet spelar det ingen roll om säkerheten beror på bristande information eller på bristande förmåga att förstå den information som finns. Resultatet blir detsamma: osäkerhet om vad som kommer att leda till vad (Brehmer, 2009d, s. 213-214).

Uppdrag med den ”nya typen” av patienter med aktiva pågående cancerbehandlingar, synliggör att vårdformen sannolikt också har påtagbara inslag av vad Brehmer (1991; 2009d) benämner som dynamiska beslutsuppgifter. Detta innebär att de arbetsuppgifter som förekommer i samband med avancerad hemsjukvård kan inrymma och kräva en serie beslut som är beroende av varandra, varför realtidsbeslut måste fattas när händelseutvecklingen kräver det – vilket emellertid ställer frontlinjepersonal inför olika problem, bland annat:”… att avgöra vad

i det aktuella tillståndet som beror på de egna åtgärderna och vad som beror av andra faktorer (Brehmer, 1991, s. 186).” Utifrån exemplet rörande den nya ”typen” av cancerpatienter kan ledningssvårigheten exemplifieras som en fråga rörande såväl förmåga, tid som praktisk möjlighet att kunna avgöra och utskilja vad som är ett resultat av sjukdomsprogress, och vad som är ett resultat av negativa följdverkningar av en pågående behandling. Detta för att kunna fatta beslut om lämpliga fortsatta patientsäkra insatser, vilket då indikerar att det kan krävas realtidsledning med möjlighet till multidisciplinärt samarbete över olika organisatoriska gränser. Genom den nya ”typen” av patientuppdrag som exemplet avser med dynamiska beslutsuppgifter, så blir behovet av ett ledning, lämpliga ledningskoncept och ändamålsenliga hjälpmedel/stödsystem för detsamma med plats för intensiv kommunikation och multiorganisatoriska samarbetsformer i realtid uppenbart av patientsäkerhetsskäl.

Den nya ”typ” av patientuppdrag som exemplifierats tidigare med dynamiska beslutsuppgifter, innebär att en patientsäkrare vård kan nödvändiggöra en decentraliserad syn på ledning betraktat som en funktion - med ett juridiskt utrymme för uppdragstaktiska och mer självsynkroniserande lösningar och där syftet med ledningsfunktionen kan behöva vara att för en patientsäkrare vård eftersträva det Brehmer (2010a; 2011) benämner som harmonisering. I en vårdkontext kan harmonisering som ledningskoncept innebära att nödvändiga involverade aktörer skapar förutsättningar och underlättar för varandras engagemang och insatser i ett och samma uppdrag – nämligen patienten, vilket förutsätter samarbetsformer som i samband med vårdformen ASiH troligtvis kan kräva dels en djup kännedom hos samtliga involverade parter rörande såväl aktuella sjukdomstillstånd som pågående behandlingar som dels en kännedom om varandras verksamheter (och praktiska förutsättningar). Harmonisering som ledningskoncept kan därigenom antas främja en patientsäkrare vård.

Dynamiska beslutsuppgifter som exemplet enligt tidigare avser (rörande den nya ”typen” av patienter), återkommer som en komplicerande ledningsomständighet inom ramen för vårdformen rörande uppdrag som riktar sig till patienter tillhörande målgrupp 1 för vilka till exempel aktiva cancerbehandlingskurer genomförs eller planeras. Samtidigt som liknande dynamiska beslutsuppgifter även kan uppmärksammas rörande de uppdrag som riktar sig till svårt sjuka patienter tillhörande målgrupp 2 vid andra sjukdomstillstånd, vilket kan medföra ett uppenbart ledningsproblem i synnerhet när ansvaret är delat mellan ASiH och vårdcentralen samtidigt som en svår och sammansatt sjuklighet föreligger hos patienten där ”en del” av den sjuke blir föremål för en insats. Detta kan tydligt exemplifieras när det gäller patienter som blir föremål för avgränsade medicinska insatser i hemmet i samband med till exempel lungsjukdomen KOL[137], samtidigt som en insulinbehandlad diabetessjukdom föreligger som en komplicerade bidiagnos och tillika potentiell friktionsskapare för det avgränsade målgrupp 2 uppdraget:

> Det som är den avancerade hemsjukvårdens uppdrag [till målgrupp 2 patienter] är att om det är ett utbrott av KOL då starta en injektionsbehandling och extra inhalationsbehandling och till exempel sätta in antibiotika i intravenös form [=injektioner direkt i ven], och något man inte sällan gör är att sätta in patienten på en kortisonkur[138] då i samband med en KOL. Väldigt många patienter är ju då diabetiker, och diabetesen

[137] Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).
[138] Kortison kan även påverka blodsockernivåerna negativt så dom stiger (min anmärkning).

> sköts av vårdcentralen. Och det vet ju alla då att en luftvägsinfektion som förvärrar [KOL-sjukdomen] då gör i sig att blodsocker [värden] stiger då. Ja då skenar[blodsockervärderna], men det har inte vi [på ASIH] koll på, utan då behöver ju patientens insulindoser höjas eller något sånt va. Det är ett exempel på att den ena handen vet inte vad den andra handen gör. Vi har ju delat ansvar då. Vi har inte ansvar för att följa upp patientens diabetes då. (Läkare)

Den här typen av exempel visar dels att dynamiska beslutsuppgifter förekommer även i samband med avgränsade uppdrag som riktar sig till målgrupp 2 patienter, och dels att en dynamisk beslutssituation riskerar uppstå när det föreligger en sammansatt sjuklighet hos patienten. Detta innebär att uppdrag eller insatser som inbegriper ett delat ansvar där man vårdar ”en del” av den sjuke (till exempel KOL), kan medföra ledningsproblem vid en dynamisk beslutssituation. I exemplet enligt ovan handlar det om en diabetessjukdom som ger sig till känna som en komplicerande omständighet och tillika friktion i samband med ett KOL-uppdrag, och där patientens medicinska tillstånd rörande diabetessjukdomen plötsligt kräver omgående åtgärder och uppföljning på grund av de instabila blodsockervärdena – samtidigt som ASiHs uppdrag (som det utgår ekonomisk ersättning för) riktar sig mot KOL-sjukdomen varför resurserna är avpassade och överenskomna för det. Att vårdcentralen är huvudansvarig underlättar sannolikt inte situationen, eftersom den typen av vårdinrättningar främst nås vardagar under kontorstid.

Målgruppsindelningssystemet med avgränsade insatser till målgrupp 2 patienter, kan exemplifieras som ett försök till ett unity of effort (UoE)-liknande ledningskoncept inom ramen för den multiorganisatoriska vårdformen. Grundantagandet vid UoE är emellertid i militära sammanhang att olika parallella insatser effektivt kan genomföras oberoende, det vill säga utan att olika parters ansvarsområden och insatser riskerar inverka på varandras verksamhet (Brehmer, 2011). I exemplet enligt ovan utgör de olika sjukdomarna ett slags ”verksamhet” för olika parter. Bekymret är dock när det gäller den här typen av KOL-uppdrag med dynamiska beslutsuppgifter – som framgår genom exemplet enligt ovan - att detta UoE- liknande ledningskoncept uppenbarligen inte förmår främja en säker vård. Detta eftersom patientens sammansatta sjuklighet snarare medför ett slags realtidsledningsbehov som en följd av de friktioner som uppstår som en följd av en föreliggande sammansatt sjuklighet, vilket i KOL-exemplet uppstår på grund av patientens (i detta fall) komplicerande diabetessjukdom med de skenande blodsockervärdena som tillkommit på grund av infektionen och behandlingen för detsamma. ASiHs insatser ska enbart riktas sig mot ”KOL-utbrottet”, och inte mot annan eventuell uppkommen ”sidoproblematik” som till exempel en diabetessjukdom kan föranleda. Det UoE-liknande ledningskoncept som tillämpas i vårdformen rörande målgrupp 2-patienter, kan således utifrån exemplet enligt ovan sannolikt betraktas som mindre lämpligt av patientsäkerhetsskäl när instabila och sammansatta sjukdomstillstånd ska hanteras i hemmet. Detta dels eftersom en dynamisk beslutssituation kan uppstå, och dels eftersom KOL-utbrottet och dess följdverkningar i exemplet ovan troligtvis även kan behöva betraktas som en komplex operation enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi. Detta innebär att ett UoE-liknande koncept sannolikt också kan betraktas som mindre ändamålsenligt, eftersom ett UoE-liknande koncept snarare kan betraktas som mer lämpligt vid ett karaktärsmässigt komplicerat uppdrag som inte inrymmer dynamiska beslutsuppgifter.

Exemplet enligt ovan avser sammantaget synliggöra att patientuppdrag som inrymmer dynamiska beslutsuppgifter kan behöva betraktas som en komplex (och inte komplicerad) operation enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi, varför ett ledningskoncept som främjar samarbete i realtid troligtvis är att föredra i stället för UoE för att möjliggöra såväl en säkrare, effektivare som mer patientanpassad och följsam vård (vilket emellertid förutsätter ekonomisk ersättning för detsamma). Detta innebär också att harmonisering (Brehmer, 2010a; 2011) kan vara ett alternativt och lämpligare ledningskoncept vid den här typen av uppdrag inom hälso- och sjukvården för en säkrare vård, eftersom det är nödvändigt att i realtid praktiskt kunna bemästra de händelser som dynamiska beslutssituationer medför i samband med olika uppdrag och insatser inom en vårdform som präglas av osäkerhet och friktioner. Detta förutsätter emellertid sannolikt ett juridiskt utrymme för uppdragstaktiska lösningar, avpassade resurser och en ersättningsform som främjar samarbete, och inte minst praktiskt ändamålsenliga sambandshjälpmedel för informations- och kommunikationsutbyte i realtid rörande patientens tillstånd för att underlätta bedömning av insatsbehov och uppföljning rörande detsamma.

De ledningssvårigheter som exemplifierats enligt ovan kan relaterat till patienters unikum, och den dynamiska ”natur” som vårdformens ledningskontext därmed ofrånkomligt inrymmer med många olika slags aktörer och lösningar för olika patienters räkning – men med en inbyggd osäkerhet och dynamiska beslutssituationer som en följd. Detta kan begripliggöra att även tillsynes ”enklare” och avgränsade uppdrag och insatser till målgrupp 2 patienter, kan behöva betraktas som (eller komma att utvecklas till) en ledningsmässigt resurskrävande komplex operation som inrymmer dynamiska beslutsuppgifter som kräver ett ledningskoncept avsett för detsamma.

8.2.2.2 Komplicerade operationer – exempel

Föregående avsnitt avser synliggöra att vårdpraktiken möter dimmor och friktioner och där en sammansatt sjuklighet kan innebära att dynamiska beslutssituationer uppstår i samband med olika insatser och uppdrag inom ramen för den multiorganisatoriska vårdformen. Detta oavsett om det handlar om insatser till patienter tillhörande målgrupp 1 eller målgrupp 2. Förekomsten av dynamiska beslutssituationer i vårdpraktiken utgör emellertid en återkommande omständighet, som inverkar på huruvida ett patientuppdrag kan betraktas som komplicerat eller komplext enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi.

Utifrån Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) synsätt kan avtalets formulering rörande insatser till målgrupp 2 patienter, begripliggöras som att det finns såväl en föreställning som en överenskommelse i avtalet om att komplicerade operationer kan och ska genomföras inom ramen för vårdformen på ett patientsäkert sätt. Detta kan exemplifieras utifrån formuleringen i avtalet rörande ASiHs ansvarsområden för målgrupp 2 – patienterna, där det framgår att ASiH ansvarar:

> […]endast för de insatser som ges inom ramen för detta uppdrag. Husläkarverksamhetens ansvar för basal hemsjukvård kvarstår när ASIH ansvarar för tillfälliga insatser som kräver ASIH verksamhetens specialistkunskaper. För att patienten ska garanteras en trygg och säker vård under vårdperiod då basal hemsjukvård ges samtidigt som vård ges inom ramen för detta uppdrag, skall Vårdgivaren tillsammans med vårdgivare av basal hemsjukvård upprätta en överenskommelse där ansvarsfördel-

> ningen framgår. Denna överenskommelse skall dokumenteras (Ur avtalet, 2008, s. 4)."

De dynamiska beslutsuppgifterna som exemplifierats tidigare i föregående avsnitt (KOL-insatsen med samtidig diabetes-sjukdom) visar emellertid att en "överenskommelse om ansvarsfördelning" rörande målgrupp 2-patienter, inte nödvändigtvis bidrar till en patientsäker vård om dessa avgränsade insatser berör patienter med sammansatta sjukdomstillstånd. Detta eftersom ett sammansatt sjukdomstillstånd kan medföra en dynamisk beslutssituation, som snarare kräver samarbete i realtid rörande ett föränderligt händelseförlopp än en på förhand upprättad ansvarsfördelning. En tydlig ansvarfördelning kan därmed vara svår att upprätthålla av patientsäkerhetsskäl vid en sammansatt sjuklighet, samtidigt som det vid en målgrupp 2 insats inte utgår ersättning för det "merjobb" som en dynamisk beslutssituation medför.

Formuleringen i avtalet enligt ovan kan begripliggöras som ett uttryck för ett unity of effort – liknande ledningskoncept, rörande avgränsade uppdrag till målgrupp 2-patienter. Detta eftersom föreställningen kan vara (enligt vad som framgår av avtalet) att insatser till målgrupp 2 patienter antas ha ett sk "center of gravity (CoG)"[139] – det vill säga att avgränsade insatser kan riktas på ett patientsäkert sätt mot en enda tyngdpunkt till exempel KOL-sjukdomen som i exemplet i föregående avsnitt. Denna möjliga föreställning om ett CoG för avgränsade insatser mot en utvald "del" av den sjuke, förefaller emellertid lättare sagt än gjort att såväl formulera som realisera i vårdpraktiken. Detta eftersom det delade ansvaret och patienters unikum förutsätter en insats som är möjlig att avgränsa, och att patientuppdraget därmed kan definieras som komplicerat enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2009c) resonemang. För att en avgränsad komplicerad insats ska kunna realiseras på ett säkert och tryggt sätt för såväl patient som personal, så behöver en avgränsad insats till en patient vara konkret, tydlig, avgränsningsbar, stabil och överblickbar för att minimera risken för inverkan på någon annans ansvarsområde. Detta visar sig lättare sagt än gjort att hantera när det handlar om patienter med en sammansatt och mångtydig symtombild, eftersom den dessutom kan tolkas på olika sätt av involverade vårdaktörer och patienten själv:

> Målgrupp 2 patienter som vi har haft inskrivna för smärtlindring, eller smärta, det är jättesvårt att avgränsa. När patienten får problem med illamående tex, beror det på smärtlindringen då, eller inte? Jaha, okej, men får [patienten] ont i magen, är han förstoppad eller inte? Det blir jättesvårt att avgränsa.[...] vart ska patienten vända sig, det är jättesvårt för patienten att veta om det här beror för smärta eller inte, det måste ju vara jättesvårt-[...] Ja, det finns stora risker [med delat ansvar], att det hamnar mellan stolarna, att vi hänvisar till vårdcentralen och vårdcentralen tycker inte att det är deras bord, och då kanske det har gått så långt så då måste dom åka in till akuten. (Läkare)

I vårdpraktiken innebär avtalets formulering att det å ena sidan (ur ett behandlingsperspektiv) antas finnas ett center of gravity genom att tillfälliga insatser kan riktas mot en utvald "del" av patientens sjuklighet till exempel lungsjukdomen KOL, hjärtsvikten, infektionen, smärtan o.s.v. Samtidigt som det å andra sidan (ur ett patientperspektiv) kan sägas saknas ett center of gravity vid en allmän "sjuklighet" eftersom ASiH och vårdcentralen (husläkarverksamheten) ansvarar för olika "delar" rörande patientens sjuklighet. Det finns en mångtydighet av vad

[139] Med begreppet "center of gravity" (CoG) avses i militära sammanhang att det finns en tyngdpunkt, det vill säga ett fokus som uppmärksamheten och insatserna kan riktas mot.

som kan betraktas som ”center of gravity” vid avgränsade komplicerade målgrupp 2 insatser; är det sjukdomen, symtomet eller patienten? Detta innebär att delat ansvar kan bli oklart ansvar, när avgränsade insatser ska riktas mot ett visst symtom, till exempel smärta.

Enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi så kan avtalets formulering rörande målgrupp 2 patienterna, främst begripliggöras som en formulering som avser en mer idealtypisk komplicerad operationen. I vårdpraktiken innebär detta att annan ”störande” sjuklighet helst behöver vara frånvarande för att de olika parterna ska kunna utföra sina respektive uppgifter utan att de inverkar på varandra – det vill säga så friktionsfritt som möjligt. En komplicerad operation kan emellertid rent praktiskt exemplifieras som en avancerad sjukvårdsinsats som är avgränsade i tid och rum och av mer kortvarig insatskaraktär, och där ett tillfälligt engagemang för en avgränsad insats av ASiH önskas:

> Det är liksom inte vårt ansvar att åtgärda [övriga eventuella ohälsoproblem som kan förekomma eller uppkomma som ligger utanför uppdraget]. Eftersom vi har just den här uppdelningen av hemsjukvårdspatienten. det fungerar ju bra med den här uppdelningen [av insatser till patienten] när det är väldigt mera specifika uppdrag som bara att ge någon en intravenös antibiotika kur i hemmet. Då gör vi ju bara det va, men det är ju inte bara så att patienten egentligen bara behöver det – men det är ju det som liksom är det avancerade uppdraget att bara ge det, ja. (Läkare)

Uppdrag som utförs som avgränsade komplicerade uppdrag inom ramen för vårdformen, uppvisar emellertid en stor variation när det gäller patienters allmäntillstånd, ålder m.m., vilket ofrånkomligt innebär att det i ”bakgrunden” föreligger potentiella friktioner som framöver ofrånkomligt kan komma att förändra uppdragets innebörd:

> [...] vi brukar ju skoja och säga att [patienterna] är för sjuka för sjukvården. Ja, det är så alltså. Det är liksom komplexa sjukdomstillstånd ofta alltså när vi är engagerade. (…) vi har många extremfall. Patienter som har legat många månader på sjukhus och enda sättet att de ska få komma hem är att vi går in och ger dom dropp och- ja- vi har ju flera typer – men så fort patienten då med såna komplexa tillstånd kommer hem då är det patientens hemmaplan och då är vi tvungna att agera på den sjukes villkor. (Läkare)

En komplicerad operation handlar i vårdpraktiken om att lyckas definiera en så pass väl avgränsad avancerad vårdinsats som är möjlig att utföra på ett säkert sätt till patienten, och som samtidigt möjliggör att det tydliga ansvaret kan upprätthållas som är nödvändigt vid en komplicerad operation. Detta i synnerhet eftersom det inte utgår ekonomisk ersättning för något annat än överenskommen avgränsad insats. Rent praktiskt kan uppdraget då handla om att för patientens räkning bistå olika vårdinrättningar i hemmet med traditionella arbetsuppgifter (för sjuksköterskor) som tidigare främst utförts på sjukhus. Detta kan handla om till exempel administration av läkemedel eller blodtransfusioner intravenöst (direkt i ven), eller att kontinuerligt följa, undersöka och behandla ett sjukdomstillstånd (till exempel grav hjärtsvikt, lungsjukdomen KOL mm) i syfte att hålla patienten i så stabilt tillstånd som möjligt i hemmet och undvika inläggning på sjukhus. Patienten kan också vara en så kallad ”larm-patient” som kan anslutas för att vid behov kontakta ASiH för insatser vid hälsomässiga försämringar som rör den specifika sjukdomen, till exempel grav KOL eller grav hjärtsvikt.

Komplicerade operationer kan efterfrågas och aktualiseras av olika skäl, och till exempel som en föjd av bristande resurser och möjligheter att utföra den efterfrågade sjukvårdsinsatsen utanför sjukhuset till exempel på äldreboenden:

> Man har på SÄBO [=särskilt boende till exempel äldreboende/korttidsboende mm] sagt ifrån sig att man inte där ger blodtransfusion längre p g a att man inte har tillgång till syrgas om patienten skulle bli dålig. Tacksam handläggning av er.
>
> Remiss rörande SÄBO, patient född 1920-tal (Id-kod ms 1).

Insatser av"enklare" slag med kort tidsvarsel är ett annat återkommande uppdrag, och där patientens allmäntillstånd även kan framhållas som såväl en garanti som en motivation för fortsatt möjlig handläggning utanför sjukhuset och fullföljande av vårdinsatsen i hemmet i ASiHs regi:

> Patienten mår bra och skulle kunna komma hem. Står på [X-läkemedel] 2 ggr dagligen, och [Y-läkemedel] skulle kunna ges som engångsdos på morgonen. Tacksam för snabbt svar om ni skulle kunna ta denna patient, och ge injektionerna i hemmet.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr ms28).

Kompletterande sjukvårdsinsatser till patienter som redan får vård inom ramen för ASiHs verksamhet, är ett annat exempel på insatser:

> Står på [x-läkemedel] som ni ger. Tacksam om ni kunde ta blodprover under vecka x vad gäller blod och elektrolytstatus inklusive CRP, urea och standard bikarbonat.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1930-tal (Id-nr mn30).

Nydiagnostiserade cancerpatienter med frekventa återinläggningar, är en annat exempel på uppdrag där patienter kan aktualiseras för mer avgränsade insatser under en kortare tid. Behovet av sjukvårdinsatser kan till exempel föranledas av såväl en tillfällig försämring av ett visst sjukdomstillstånd, och/eller av de biverkningar som en cellgiftsbehandling kan ge. Insatsen som kan betraktas som komplicerad, handlar då enbart om att ansvara för ett stöd och optimering till patienten rent näringsmässigt, på ett tydligt angivet sätt och under en bestämd tid inför en operation. För övriga delar ansvarar vårdcentralen och specialistsjukvården:

> Legat inne vid två tillfällen, först för feber [p g a behandlingen], därefter för buksmärta, illamående och kräkningar. Långvarigt vårdtillfälle, problematiskt att komma åt patientens symtom p g a rapporterade biverkningar och rapporterad bättre effekt av intravenös medicinering [=injektion/infusion direkt i ven], vilket har försökt undvikas. Utskriven [från vårdavdelning], men återinlagd p g a svårigheter [att äta/dricka] i hemmet. Patienten erhåller nu [näringsdropp] inför operation. Tacksam för kortvarig hjälp [med näringsdropp] inför operation.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1960-tal (Id-nr mo1).

Att patienten inte accepterar hemtjänst, kan utgöra ett annat motiv till remiss. Vårdinsatser i hemmet förutsätter att patienten accepterar hjälp, alternativt att insatsen kan utföras av patienten själv som egenvård[140] eller med assistens av närstående - och ibland kan tillsynes mindre

[140] Egenvård detaljregleras emellertid av föreskriften SOSFS 2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård., där det bland annat i föreskriften framgår att en utredning ska göras för att: "… avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård (Socialstyrelsen, s. 5)."

genomtänkta initiativ förekomma för patientens räkning med till exempel förslag om engagemang av grannar för att kunna hantera de insatsbehov som står inför dörren;

> [patienten NN] är mycket tveksam till hemtjänst, men [patienten] har en granne som NN har mycket hjälp av och som har erbjudit sig att hjälpa till med sondmatning [under obestämd tid]. Frågan är om ni skulle kunna ansluta denna patient under dessa förutsättningar. Om det sedermera visar sig att det inte fungerar med sondnäring får vi lösa situationen då. Startar strålbehandling [av cancertumören i morgon] och får en PEG [=slang genom huden in i patientens magsäck] [om tre dagar].
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1930-tal (Id-nr pss7)

Den ovanstående insatsen (sondmatning) är emellertid av basalt slag och utförs inte i ASiHs regi, men synliggör ändå att en rik variation av olika omständigheter kan ligga bakom önskemål om insatser och som kan påverkar realiserbarheten av uppdraget. Önskemål återfinns även om att ASiH ska initiera efterföljande undersökningar och uppföljningar av patienter som sökt akutavdelning för till exempel andningsrelaterade problem;

> [patient med orena andningsljud som genomgått lungröntgen][…] Lungläkare rekommenderade uppföljning med [ny] lungröntgen.[Läkemedel mot infektion sattes in i 7 dagar].Tacksam för uppföljning.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr pso20).

Praktisk hjälp i hemmet rörande livsnödvändig medicinering, utgör ett annat exempel på avgränsad insats (som emellertid också är basal). Avancerad sjukvård kan emellertid motiveras av att vårdinsatser (via distriktssköterska och hemtjänstpersonal) av någon anledning bedöms som otillräckligt, och att det är angeläget att undvika riskfyllda försämringar av ett sjukdomstillstånd och därmed onödiga akuta inläggningar på sjukhus:

> 92-årig [patient] som har astma, kommer akut andra gången p g a astma anfall på 2 månader, lägges in för behandling. Har tydlig minnessvikt, dock klarar sig hemma med hjälp av hemtjänst. Står på regelbunden inhalation av [astma läkemedel] 2 ggr dagligen, dock klarar [patienten] ej av att inhalera själv. Distriktssköterska kan hjälpa till att inhalera på dagen, dock behöver patienten hjälp att inhalera på kvällen, vi har skickat förfrågan till distriktssköterska om eventuell [hemtjänstpersonal] kan delegeras för detta, dock har distriktssköterskan bett oss vända sig till er. Patienten behöver inhalera sina mediciner för att undvika upprepade inläggningar på sjukhus p g a ganska allvarliga astma anfall.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1910-tal (Id-nr mn39).

Även patienter med påtagbara omvårdnadsmässiga behov kan aktualiseras för avgränsade insatser i hemmet, och där önskemål från anhöriga ligger bakom remissinitiativet. En pågående behandling på sjukhus kan till exempel framhållas som ett hinder för hemgång, vilket skulle kunna överbryggas med ett engagemang från ASiHs sida:

> [Icke-svensktalande patient], bor med [närstående] i lägenhet. Har [vuxna barn]. Rullstolsburen [patient], men sitter väldigt lite uppe, ligger mest. Tilltagande smärta [p g a svår infektion i ben som nu amputerats]. [Är nu dubbelamputerad]. Patienten har skötts av [nrästående] dygnet runt. [närstående] vill nu ta hem patienten, men [patienten] mår mkt illa av [läkemedlet mot infektion i tablettform]. [läkemedel mot illamående] räcker inte mot symtomen. Patienten kan inte ta tabletter. Behandlas därför med [läkemedlet mot infektion nu] intravenöst [=direkt i ven] vilket går bra. Patienten är förutom detta färdigbehandlad och skulle behöva hjälp med [infusion

> 3ggr dagligen under 3 veckors tid fram till operationsstygnen ska tas bort]. Tacksam för Er bedömning.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1910-tal (Id-nr mn19).

Ovanstående rika variation av uppdrag synliggör exempel på avgränsade insatser som riktas till patienter tillhörande målgrupp 2, och som utförs som komplicerade operationer – samtidigt som det finns osäkerhet och potentiella friktioner som ligger på lut. Ledningsproblemet handlar således om att dessa uppdrag kan efterfrågas och aktualiseras för patienter i olika livssituationer med olika slags sjukdomstillstånd och allmäntillstånd, och där en i övrigt sammansatt och betydande ohälsoproblematik kan föreligga som en potentiell friktion som visar sig först under genomförandet – varför en dynamisk beslutssituation även kan uppstå. Detta nödvändiggör av patientsäkerhetsskäl att ett avgränsningsbart och således klart och tydligt uppdrag behöver eftersträvas och formuleras, för att söka förebygga och undvika att onödiga risker och oklarheter uppstår under genomförandet – vilket utgör en trygghet för såväl patient som personal vid avgränsade insatser:

> Jag tycker att grupp 2 patienter fungerar bara bra om det är ett väldigt, väldigt definierat uppdrag, för att annars blir det osäkert för patienten vart dom ska ringa, osäkert för oss för vad vi har hand om och vad vi inte har hand om. Bra grupp 2 patienter är tex en patient som behöver stöd med nutrition [=näringsdropp direkt i ven] framför allt lång tid över. Det är ett väldigt avgränsat uppdrag, det är lätt att säga, om det här är en patient som ringer och frågar och tillhör grupp 2 att: det här handlar inte om nutrition, vänd dig till din vårdcentral, så att det inte blir; vänta, jag ska fråga läkaren [på ASiH] om det här är nånting [...].(Läkare)

En komplicerad operation kan därför utifrån Brehmers (2008a) resonemang innebära att ett ”delat ansvar” med specialistsjukvården och vårdcentralen inom ramen för vårdformen, enbart kan betraktas som möjligt att upprätthålla på ett säkert sätt om respektive involverad aktör kan ansvara och genomföra ”sin” insats utan att det inverkar på någon annans eventuella insats. Detta visar sig emellertid lättare sagt än gjort i vårdpraktiken vid delat ansvar med vårdcentralen och specialistsjukvården, vilket även medför resurskrävande ledningsaktiviteter för att söka upprätthålla dessa gränser och samtidigt eftersträva en säker vård för patienten:

> [...] vi gör ju uppdaterade hela tiden medicinska planeringsanteckningar där vi liksom definierar precis vad vi tar ansvar för, och exakt vad vi gör, och utvärderar det vi gör också. Så vi har ju kommit liksom långt i vårat lilla tunnelseende att bara avgränsa så tydligt som möjligt uppdraget som vi fått. Fast det liksom tar ju emot att som doktor ha såna skygglappar på sig och dom skygglapparna har vi ju fått av våra beställare. Att bara se en del av den som är sjuk. Det är i och med att det här målgrupp två systemet har införts. (Läkare)

Mot bakgrund av ovanstående rika variation av exempel kan en idealtypisk komplicerad operation i samband med vårdformen sammanfattas som en väl avgränsad avancerad hemsjukvårdsinsats av ASiH som kan utföras utan att en i övrigt ”störande” problematik inverkar på genomförandet av insatsen. Samtidigt som stora variationer förekommer vad avser patienternas allmäntillstånd, sjukdomstillstånd och ålder med mera, vilket utgör en ofrånkomligt men ständigt närvarande osäkerhet som kan skapa friktioner. Av patientsäkerhetsskäl kan det därför betraktas som angeläget att hitta ”lämpliga” patientuppdrag som möjliggör avgränsningsbara komplicerade insatser, så det inte uppstår oklarheter och patientsäkerhetsproblem i genomförandet.

8.2.2.3 Komplexa operationer – exempel

Föregående avsnitt exemplifierar den rika variation av uppdrag som kan förekomma inom ramen för vårdformen ASiH, och som karaktärsmässigt kan betraktas som komplicerade utifrån Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi. Samtidigt som en i övrigt förekommande sjuklighet medför en ofrånkomlig osäkerhet som riskerar inverka på situationen och uppdraget, och som därmed kan visa sig försvåra eller omöjliggöra fullföljandet eller genomförandet av de mer avgränsade så kallade komplicerade insatserna på ett säkert sätt. Av patientsäkerhetsskäl innebär detta att uppdrag som berör patienter med en mer sammansatt sjuklighet då snarare kan behöva betraktas som potentiellt komplexa, varför de därmed även kan kräva en annan typ av ledningskoncept än det unity of effort liknande koncept som avtalets formulering ger uttryck för (rörande målgrupp 2 uppdragen i föregående avsnitt).

Den ledningsproblematik som kan uppmärksammas rörande de uppdrag som kan betraktas som komplexa, handlar om att det föreligger ett delat ansvar av patienter med ett sammansatt sjukdomstillstånd. Detta dels beroende på olika slags involverade aktörer, dels att olika specialister kan vara involverade eller behöva involveras - vilket kan göra det svårt, osäkert och riskfyllt att söka rikta avgränsade till exempel medicinska insatser av enskild aktör till en utvald ”del” av den sjuke eftersom insatsen riskerar inverka på patientens status i sin helhet. Den här typen av ledningssituation där det föreligger ett delat ansvar uppstår ofrånkomligt vid uppdrag som berör patienter med en mer sammansatt sjuklighet tillhörande målgrupp 2, men kan även uppmärksammas i samband med uppdrag som rör patienter tillhörande målgrupp 1.

Delat ansvar vid målgrupp 1 uppdrag kan tydligast exemplifieras när det gäller patienter som genomgår riskfyllda cancerbehandlingar från specialistsjukvården, som är geografiskt belägen på distans vid annan vårdinrättning och på olika sjukhus. Den typen av uppdrag handlar om att såväl tidsmässigt hinna, praktiskt kunna följa, som kompetensmässigt kunna uppmärksamma (för att kunna åtgärda) de biverkningar och symtom som uppstår hos patienter som en följd av ett pågående sjukdoms- och behandlingsförlopp och där hemmet utgör basen. Detta eftersom insatsbehoven kan exemplifieras som direkt relaterat till detsamma:

> Vi får inte förlora patienter i biverkningar, vi måste veta [när och var patienten befinner sig i behandlings- och sjukdomsförloppet] – hur aktiva ska vi vara? vi får inte heller missa (xx) patienter som har tuffa behandlingar, därför annars blir det väldigt kontraproduktivt. Kollegorna, mina kollegor behandlar för fullt, och vi står och tittar på när patienten mår illa, ger antiemetika [=medel mot illamående], för vi måste ju ge support. Det kräver också väldigt mycket med kunskap i att man ger nutrition = [näringstillförsel], i att man belastar [kroppens organ] mer, är det nån som har- en lever som inte mäktar med? Hur mycket vågar vi ge? Vi behöver ha bra dietistkunskap, och det har vi, men alltså det är en otrolig metamorfos och paradigmskifte i den här världen, [...]. (Läkare)

Uppdrag som berör patienter med aktiva pågående behandlingar som exemplet avser, kan karaktärsmässigt betraktas som komplexa enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) synsätt. Detta som en följd av såväl sjukdoms- som behandlingsförloppets instabilitet som mängden aktörer i en ny patientunik konstellation där ingen sätts under någon annans ”befäl”, samtidigt som dessa uppdrag sannolikt inrymmer vad Brehmer (1991; 2009d) benämner som så kallade dynamiska beslutsuppgifter. Detta innebär bland annat ett behov av att hela tiden klargöra vad som är ett resultat av vad i ledningsprocessen rörande patienters

pågående vård. Utifrån avtalets formulering rörande intagningskriterier för uppdrag till patienter tillhörande målgrupp 1 så förstärks bilden av komplexa operationer och dynamiska beslutsuppgifter som företeelse, eftersom patienter som ska aktualiseras för insatser inom vårdformen kan befinna sig i ett hälso- och sjukdomsmässigt tillstånd som inbegriper en;

> Komplex fluktuerande och snabbt föränderlig symtombild med flera samtidiga symtom som behöver behandlas eller är under kontroll genom omfattande medicinska och omvårdande insatser kontinuerligt dygnet runt (ur avtalet).

De uppdrag inom vårdformen som karaktärsmässigt går i linje med avtalets formulering enligt ovan exemplifierar inte bara förekomsten av komplexa operationer och dynamiska beslutsuppgifter, utan dessutom att många potentiella sociala gränsytor uppstår eftersom uppdrag kan involvera olika slags verksamheter och organisationer med en mängd personal över dygnets alla timmar – med allt vad detta kan innebära rörande värderingar, intressen, kunskap m.m. enligt Longs (2001, s. 243) defintion av social gränsyta.[141] Det visar sig också att dynamiska beslutsuppgifter som i exemplet ovan (till exempel fluktuerande symtombild) kan nödvändiggöra tidskrävande kommunikation, samarbete och ett slags realtidslikande ledning i frontlinjen för en patientsäkrare vård ju fler läkare som är involverade i patientens vård:

> [om] koncentrationerna på läkemedlet ändras, så ändras dosen då inne på sjukhuset då av [x-specialisterna] [...] Det ställer väldigt höga krav på att kommunikationerna ska flyta, och det funkar ju ganska bra då i allafall, men det åtgår väldigt mycket tid då om inte annat till att kommunicera, ju fler inblandade det är alltså. (Läkare)

Den här typen av uppdrag och ledningssituationer kan sannolikt försvåras eller omöjliggöras genom att försöka tillämpa unity of command (UoC) eller unity of effort (UoE) som ledningskoncept. Detta eftersom en gemensam och långsiktigt hållbar plan framstår som såväl tidsmässigt som praktiskt svår att kunna upprätta för en säker vård, när olika parter är involverade vid en sammansatt och fluktuerande sjuklighet som kräver olika åtgärder i realtid utifrån aktuell information. Den typen av uppdrag och beslutsuppgifter kan snarare nödvändiggöra något slags kommunikationsintensivt decentraliserat ledningskoncept.

De uppdrag som kan betraktas som komplexa i samband med vårdformen framstår som än mer sammansatta i jämförelse med de uppdrag som kan betraktas som komplicerade, eftersom flera vårdaktörer kan behöva vara involverade runt den sjuke för att realisera ett uppdrag:

> [...] det är ju det här att det är korta [vård] tider på sjukhuset, och dom här som är riktigt tunga patienter, vi har typ en magtarm patient med mycket nutrition [=näringstillförsel], kanske drän. Då måste man ha en tydlig vårdplanering [mellan nödvändiga involverade parter] så man vet vad som gäller och då kanske [distriktssköterskor] sköter den ena biten, och det här gör vi [på ASIH]. Och det här åker du [=patienten] till sjukhuset och gör. För det kan ju t o m vara så att alla tre måste vara med runt patienten [...] Och framför allt att patienten också förstår då att det här sköter ni, och det här sköter t o m den fjärde intressenten då. (Sjuksköterska)

Bekymret är att behovet av insatser i samband med ett komplext uppdrag kan vara föränderligt beroende på bland annat patienters ”status” och pågående behandlingar, varför ett behov

[141] En social gränsyta definieras enligt Long (2001) som: ”A social interface is a critical point of intersection between lifeworlds, social fields or levels of social organisation where social discontinuities, based upon discrepancies in values, interests, knowledge and power, are most likely to be located (Long, 2001, s. 243).”

därför kan uppmmärksammas av något slags helhetssyn och överblick över patienten och dennes sjukdoms- och/eller behandlingsförlopp. Detta för att också kunna veta i vilket skede patienten befinner sig i sitt svåra sjukdomstillstånd.[142] Samtidigt som möjligheten för denna överblick i samband ett komplext uppdrag förefaller minska, dels beroende på hög arbetsbelastning och tidsbrist och dels då flertalet specialister kan vara involverade i flera olika patienters behandlingar - samtidigt som ett gemensamt ”befäl” saknas rörande dessa patienters vårdförlopp:

> Jag kan säga att arbetsbelastningen har blivit mycket högre, jämfört med när jag började inom palliativ medicin, och det gör att man har inte chans att ha samma koll på sina patienter. När det är tagit lab-prover, när ska det följas upp, och när ska den där medicinen justeras, och nu har patienten haft cytostatikabehandling - och när ska jag följa upp det – utrymmet finns inte riktigt. [...] Det är väldigt svårt att få till den här tiden där vi doktorer diskuterar så har det också blivit ett [fåtal gånger] och då får man samla ihop [frågor], men då har man kanske missat chansen att påverka det som man egentligen ville diskutera om det drar för långt ut i tiden. Vi har ju ganska mycket telefonkontakt med onkologer [specialist på tumörsjukdomar]och kirurger och så här också, men det blir ju väldigt kortfattat runt ett specifikt problem i såna fall. (Läkare)

Uppdrag som avses i exemplet enligt ovan handlar om patienter tillhörande målgrupp 1, och kan i princip genomgående betraktas som karaktärsmässigt komplexa i linje med Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) resonemang. Detta dels eftersom uppdragen innebär en ”helhetslösning” med många olika slags presumtiva insatsbehov och vårdkontakter med olika aktörer invovlerade över dygnets alla timmar. Dels att patienter inte sällan genomgår riskfyllda behandlingar vid cancersjukdomar, som uppenbarligen innebär multiorganisatoriska dynamiska beslutsuppgifter men utan ett gemensamt ”befäl” under en pågående vård- och behandlingsprocess. Samtidigt kan även patienter med annan allvarlig sjukdom än cancer innebära en minst lika sammansatt sjuklighet och dynamisk ledningssituation, innefattande betydande potentiella ledningsproblem och friktioner beroende på uppdragets karaktär utifrån sjukdomsförloppets utveckling och patientens status m.m.

De uppdrag som kan exemplifieras som ”idealtypiskt” komplexa inom vårdformen kan röra patienter med olika slags sammansatta sjukdomstillstånd, och där det till exempel föreligger en stark önskan om att vårdas i hemmet framför sjukhus eller annan slutenvårdsinrättning (till exempel hospice, särskilt boende). ASiHs möjlighet till specialiserad avancerad hemsjukvård kan då kompetensmässigt[143] även motiveras framför primärvård som huvudansvarig aktör där patienten ansluts som målgrupp 1 patient, på grund av en mycket sammansatt sjuklighet:

> [Patient med kognitiva problem]. Insulinbehandlad diabetiker med samtliga komplikationer. Njursvikt, hjärtsvikt, [samt hjärtopererad].[…] [misstänkt epilepsi]. Vid ett tillfälle cirkulationssvikt, hjärt-lungräddning […] Patienten bedöms nu i sitt [normaltillstånd], hjärtmässigt stabil.[…]. [Närstående]och patienten själv önskar nu starkt att få komma hem. Vill ej ha korttidsboende vilket tidigare var planerat. Har

[142] Detta behov av helhetsbild och överblick kan också relateras till den palliativa vårdfilosofin, vars innebörd utöver de rent palliativ medicinskt ”behandlingsmässiga” inslagen också innefattar många andra viktiga behov. Detta kan till exempel handla om överväganden rörande pågående och fortsatt vård utifrån den palliativa filosofins ”kärnfrågor” av såväl, fysiskt, psykiskt, socialt som andligt slag.

[143] I den ASiH verksamhet som fallstudien utgår från finns till exempel legitimerad personal med bred erfarenhet av olika slags specialistsjukvård på sjukhus, och där flera personer även har specialistutbildning inom till exempel onkologi, (information genom inventerande fältstudiebesök och intervjuer).

> varit i kontakt med biståndsbedömare och utökad avlastning i hemmet planerad. Remiss skickad för behovsanpassning i hemmet. Med tanke på patientens komplexa grundsjukdomar tacksam om det medicinska ansvaret sköts via er [och inte av vårdcentralen].
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1950-tal (Id-nr mn46).

Utmaningen vid den här typen av komplexa uppdrag med en sammansatt sjuklighet med olika slags insatsbehov kan i likhet med fredsbevarande internationella insatser (PSO)[144] handla om att: "….åstadkomma den harmoni i insatsen som krävs för att samtliga uppdrag ska kunna lösas på ett bra sätt (Brehmer, 2008a, s.10)." Detta innebär att de uppdrag som kan betraktas som komplexa i vårdpraktiken kan förutsätta att flera involverade aktörer behöver skapa förutsättningar för varandras engagemang och insatser, samtidigt som uppdragen inom ramen för vårdformen kan antas inrymma en betydande osäkerhet som försvårar långsiktig planering varför realtidsledning och decentraliserade ledningskoncept framstår som angeläget.

Komplexa uppdrag som rör patienter med betydande potentiella insatsbehov med anledning av ett svårt sammansatt sjukdomstillstånd med påtagbar andnöd är ett annat återkommande exempel, antingen som en följd av lungsjukdomen KOL, cancer i luftvägar eller hjärtsvikt - och där önskemål om ASiHs engagemang även kan motiveras av att patienter väntar på annat lämpligt boende på grund av stora begränsningar i vardagen som är relaterat till sjukdomstillståndet. Detta innebär att ett tillsynes komplext uppdrag kan förväntas hanteras med ett unity of effort – liknade ledningskoncept i form av "punktinsatser", vilket utifrån Brehmers (2011) resonemang om ledningskoncept vid komplexa operationer kan betraktas som mindre framgångsrikt:

> In akut [x-datum] p g a ökad [andnöd], [svullna/vätskefyllda ben]. Patienten månaden innan inläggning så andfådd att NN inte ens orkat tugga mat. [Rossliga andningsljud på båda lungor vid inkomsten]. [Har medicinerats med diverse läkemedel i höga doser]. Fortsatt [andnöd], vikt ned ca 3 kg och lite mindre påverkad. Orkar med möda ställa sig upp, klarar gå till toa 6 meter med stöd.[…] Vårdplanering [för två dagar sedan] – ansökt till annat boende. Tills det är ordnat planeras patenten hem med maximal hjälp, troligen [inom 3-4 dagar]. Finns det möjlighet till punktinsatser vid ökande [hjärtsviktssymtom] från ASIH tills patienten får permanent plats [i annat boende]?
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1920-tal (Id-nr md25).

Snabbt fortskridande försämring av patientens tillstånd - med en tilltagande symtombild på grund av sjukdomstillståndet - utgör en annan typ av exempel på komplext uppdrag. Vårdformen kan då till exempel motiveras av att situationen i hemmet kan ha förvärrats efter att patienten nyligen har skrivits ut, vilket föranlett en återinläggning - samtidigt som planer fortgår om vidare behandlingsinsatser. Exemplet synliggör behovet av samordning och gemensam inriktning, för mobilsering av nödvändiga insatser utifrån befintliga tillgängliga resurser i ett snabbt föränderligt sjukdomsförlopp – och där en dynamisk beslutssituation kan såväl förväntas föreligga som uppstå:

> Nu inkommit akut [för 12 dagar sedan] p g a avtackling, svåra smärtor [i benet], oförmåga att stå och gå samt [oförmåga att tömma urinblåsa]. […] vårdplanerades

[144] PSO är en förkortning för peace support operation, och avser de fredsbevarande internationella insatser som den militära verksamheten deltar som aktör i.

> till ökad hemtjänst och [gick hem för 6 dagar sedan]. Har kontakt med [dagvård] och det framkommer nu tilltagande svikt i hemmet och ökade smärtor. Planerar nu remiss till [cancerklinik] för ställningstagande till [strålbehandling i smärtstillande syfte] mot höft och knä. Patienten försämras dock snabbt och torde ha behov av ASIH:
>
> Remiss från slutenvård/dagvård, patient född 1920-tal (Id-nr pnn11).

Ett annat exempel på komplexa uppdrag kan beröra patienter som drabbats av många olika slags besvär och insatsbehov, såsom till exempel insatser mot infektioner, förestående eventuell cellgiftsbehandling samt behov av symtomlindring av en vätskepåfyllnad i bukhålan som en följd av sjukdomstillståndet. Exemplet enligt nedan visar att det genomgående finns önskemål om snar anslutning även om uppdraget kan betraktas som komplext mot bakgrund av den förestående cellgiftbehandlingen med tänkbara följdverkningar som kan samspela med den övriga sjukligheten, samtidigt som patienten planeras utskrivning inom kort:

> Remitterad hit för ställningstagande till palliativ [behandling med cellgifter] men patienten är inte i skick för en sådan behandling i nuläget och samtidigt är [patientens två veckor gamla operationsärr] inte läkt allt, det är öppet och infekterat, det är orsaken till att NN idag blir inlagd på [x-kliniken]. [Kliniken] skall sköta såret och även åtgärda med [tappning av vätskan i buken som en följd av spridd cancer]. Patienten skrivs ut efter ett par dagar och vi skulle vara tacksamma för anslutning till er i början på nästa vecka.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1940-tal, (Id-nr pnn1).

Genomgående framträder önskemål om ”extra stöd” under pågående och planerade cellgiftsbehandlingar, och där insatserna förefaller kunna vara av en karaktär som kan bli svåra att överblicka och avgränsa eftersom behandlingarna pågår under en längre tid men med ett oklart antal cancerbehandlingskurer. Detta exempel visar på en typ av uppdrag som kan antas komma att genomsyras av dynamiska beslutssituationer, mot bakgrund av planerad behandling samtidigt som patientens övriga tillstånd kan vara oklart – och därmed även insatsbehoven:

> Patient med [spridd cancersjukdom]. Tilltagande försämring och avtackling som beror på [cancersjukdomen]. Planeras för [cellgiftsbehandling gånger flera inneliggande [på vår klinik om patientens allmäntillstånd tillåter det] Kommer behöva hjälp med intravenös [=direkt i ven] vätska vid behov. Extra stöd kommer att behövas i samband med att patienten får sina [cellgiftsbehandlingar]. I nuläget oklart hur många [patienten] kommer få. Tacksam om ni kan ansluta denna patient snarast.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr psn12).

Ett annat exempel på komplexa uppdrag handlar om olika slags ”support-behov” vid ett svårt sjukdomstillstånd och över en längre obestämd tidsperiod. Support kan önskas såväl inför som under många påfrestande behandlingar för att påverka sjukdomen och på olika sätt förbättra patientens allmäntillstånd. Ett fungerande stöd av närstående kan framstå som en förutsättning för avancerad vård i hemmet, och samtidigt utgöra en motivation för en fungerande avancerad hemsjukvård. Precis som i andra exempel så återkommer bilden av förestående dynamiska beslutssituationer rörande diverse insatsbehov, som en följd av såväl sjukdomens progress som behandlingarnas följdverkningar:

> Har fortsatta smärtor [i olika delar av kroppen] och rejält illamående i samband med [cellgiftbehandling för två veckor sedan] inte fått i sig [smärtstillande tabletter]. Il-

> lamående har kuperats [med olika läkemedel] efter [cellgiftsbehandlingen]. Patienten har dålig aptit och [svårt med näring], dels p g a den pågående behandlingen och tumörsjukdomen. Upplever också en del [andnöd] av och till […] Patienten kommer fortsätta [cellgiftsbehandlingen] under lång tid. [Cellgiftsbiverkningarna] väntas fortsätta varför kontroll av illamående, [näringssvårigheter], tarmpåverkan behövs. […] Gott stöd av familjen, är ganska ovillig att åka in till sjukhuset även om [patienten] mår påtagligt illa/har smärtor.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1960-tal (Id-nr psd3).

Andra uppdrag kan betraktas som komplexa i den bemärkelsen att symtombilden och sjukdomsbilden är betydande och mycket sammansatt, och där uppdraget rör support och insatser till mycket svårt sjuka och sängbundna patienter som valt att vårdas hemma med hjälp av de närstående. Exemplet visar att även sängbundna patienter med en betydande och sammansatt sjuklighet kan aktualiseras för insatser inom vårdformen, varför det framstår som angeläget med erfarenhet, förtrogenhet och kompetens rörande olika slags sjukdomar även hos de närstående som på ett ingående sätt direkt involverats i vården – varför den närstående i det närmaste måste betraktas som en mycket viktig medaktör och vårdare:

> [patient] med [kronisk lungsjukdom][…] Tidigare opererats för [cancer]. Underbensamputerad [vid X-sjukhuset] nyligen. Magerlagd, har liggsår som nyligen [rengjorts från död vävnad], dagliga omläggningar. Nutritionsproblem [=svårigheter att få i sig näring] och smärtproblematik från såret, ångest. [Har multiresistenta bakterier]. Obehandlad urinvägsinfektion eftersom patienten har [kateter i urinblåsan], ingen [feber], inga urinvägsinfektionssymtom. Två positiva prover av [blod i avföring], har sjunkande HB [blodvärde], blodförtunnande läkemedel har satts ut, fått [blodtransfusion], har ökat dos av [magsårsmedicin]. Kan ej gå. Får kontrakturprofylax [=förebyggande träning för att motverka förkortning/sammandragning av vävnad/ligament i och omkring led]. Äter och dricker dock otillräckligt. Haft ASIH insatser tidigare. Patienten vill vårdas i hemmet. Har anhörigvård av [närstående]. Tacksam för fortsatta insatser.
>
> Uppdragsbeskrivning, slutenvård, patient född 1910-tal (Id-nr mn34).

Exemplen i detta avsnitt enligt ovan visar på en betydande bredd av olika slags förekommande uppdrag som kan betraktas som komplexa av olika skäl, vilket främst handlar om att patienters ofrånkomliga unikum ger upphov till individanpassade lösningar i olika aktörskonstellationer – där aktörerna (inberäknat de närstående) inte sällan utgör en förutsättning för varandra. Samtidigt som det precis som i föregående avsnitt – rörande komplicerade uppdrag förekommer stora variationer vad avser patienternas allmäntillstånd, sjukdomstillstånd, pågående behandlingar och ålder m.m., vilket utgör en ofrånkomligt men ständigt närvarande osäkerhet som kan skapa friktioner som försvårar långsiktig planering. Inte sällan handlar osäkerheten om att det uppstår dynamiska beslutssituationer, varför det framstår som mer lämpligt med decentraliserade ledningskoncept och uppdragstaktiska lösningar med hög kompetens, befogenhet, förmåga och möjlighet att agera i frontlinjen – vilket emellertid även kan inbegripa eventuella närståendes förmågor att finnas till hands på olika sätt i hemmet.

8.2.2.4 Uppdragsbeskrivningarna – exempel på ledningssvårigheter

Remisserna och remitteringsförfarandet visar på tillkortakommanden som medför onödigt resurskrävande ledningsaktiviteter, bland annat på grund av svårigheter i ledningsprocessen att nå aktuell realtidsinformation om patienters status och insatsbehov. Detta utgör en återkommande och problematisk företeelse som kan betraktas som ett påtagbart ledningsproblem,

dels eftersom önskad information inte nödvändigtvis är dokumenterad och dels då det kan förekomma olika journalsystem vid olika kliniker och sjukhus som inte är ömsesidigt åtkomliga digitalt för involverade parter.[145] Patienten kan också ha skrivits ut från sjukhuset, alternativt att det är oklart var patienten överhuvudtaget befinner sig geografiskt:

> Hela [x-sjukhuset] har ju då samma journal som oss och vi får elektroniska remisser och vi kan läsa oss till det som inte står i remissen så att säga. Det är ju alltid så att det är inte allt som skrivs ned, men då har vi ju fördelen att kunna läsa oss till information då. [...]Men vi får ju remisser från andra kliniker och sjukhus som inte har [samma journalsystem som oss] då får man ju ringa många samtal för att överhuvudtaget få reda på- jag menar bara en sån basal sak som att ha ett namn och en adress, vilket ju är ganska viktigt att ha, och framför allt att ha en adress om vi ska ta oss någonstans. Det kan stå i princip Kalle Karlsson och ett telefonnummer, men inte en adress och då får man leta själv då sen. (Sjuksköterska)

Uppdragsbeskrivningarna utgörs oftast av en tillgänglig blankett[146] i det digitala journalsystemet i medicinsk traditionell ”remisstil”, bland annat med rubriken ”önskad undersökning”. Rimligtvis är blanketten därför framtagen och lämpligare för remittering av patienter för konkreta undersökningar och specialistbedömningar, det vill säga blankettens syfte är sannolikt att fungera som mall för enklare korrespondens omkring enklare/ tydligare frågeställningar, konsultationer, undersökningar som avser ett enstaka tillfälle. Detta talar för att de bristfälliga remisser som återkommande anländer till ASiH även kan vara en följd av tillkortakommanden i de befintliga tekniska hjälpmedlen som är avsedda för korrespondens/samband. Oavsett remissens ändamålsenlighet, gestaltar sig ett tungarbetat ledningssystem genom diverse efterföljande ledningsaktiviteter. Detta blir extra tydligt eftersom remittentens ”intresse” för remissvaren dessvärre kan svikta, vilket är den direkta orsaken till en rad aktiviteter för ASiHs del;

> det är många krav som är ställda redan i remissvaret. Och jag kan ju säga att det är inte så många som läser remisserna när dom får tillbaka dom, utan man skriver i remissen till ASIH och sen så tänker man att det är klart. Det är jättevanligt,[...] ja, av 10 remissvar som jag skriver med kommentarer så kanske man får en kontakt, med ett svar på en eller två tillbaka. [vi får därför ofta ringa runt och agera som spindeln i nätet här kan jag säga för att kunna] hålla stenkoll på alla remisser som är i omlopp, och patienternas status, och var dom befinner sig, hur det är, är dom på väg hem eller inte, komplikationer, vad har hänt. [vi] ringer och kollar: hur är det? hur går det? Kollar i journalsystemet. Hur har det gått med det här? Har ni läst [vårt remissvar]? (Läkare)

Ovanstående exempel kan förstärka misstanken om att en icke ändamålsenlig teknik för korrespondens/samband rörande uppdrag för avancerade sjukvårdsinsatser, genererar ett tungarbetat ledningssystem som emellertid kompenseras med mänskliga ”sensorer”. Detta eftersom tekniken och indirekt ledningssystemet inte annars förmår fånga upp såväl den inåtriktade som inte minst nödvändiga utåtriktade ledningsaspekten vid komplexa operationer, vilket blir påtagbart för ASiHs del. Inte sällan förefaller dessvärre den inåtriktade ledningsaspekten (egen organisation/resurser) helt dominera remittentens uppdrags-beskrivningar, där informationen framstår som minst sagt begränsad.

---

[145] Samtidigt som juridiska påverkansfaktorer sätter tydliga gränser i ledningssystemet för åtkomst och hantering av patientrelaterad information, vilket i sig kan medföra friktioner eftersom tillgängligheten även kan spärras för åtkomst, se till exempel SOSFS 2008:14 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
[146] De pappersremisser som inkommer via post eller fax, har en liknande utformning.

> Tilltagande besvär med [näringstillförsel], diarrer, viktnedgång, smärtor till höger i buken som [förvärrats] senaste veckan och uttalad [trötthet]. Positiv till ASIH. Tacksam anslutning.
>
> Remiss från slutenvård, patient född 1920-tal (Id-nr pso8).

Oklara uppdrag och bristande förståelse eller kännedom om vårdpraktikens villkor och ”hemsjukvården” förutsättningar för att genomföra uppdragen i hemmet förefaller emellertid inte unikt för avancerade vårdinsatser. Detta kan även exemplifieras som ett påtagbart inslag rörande de basala insatser som utfördes av undersköterskor vid tidpunkten för fallstudien:

> [...] många gånger är det ju de här otydliga remisserna. Vi pratar jättemycket om remisser, när vi inte får något svar från vårdcentralen, när vårdcentralen inte förstår vår situation ibland .[...] Ja, just det här att: det är ni som vill ha det här va [tycker vårdcentralen]. ja, men alltså det är ju inte vi- [en aktuell och tydlig läkemedelslista] kommer ju från Socialstyrelsen att vi måste ha en aktuell läkemedelslista, det är inte vi som vill ha det (Undersköterska).

Oklara uppdrag vid basala vårdinsatser visar sig emellertid angeläget att belysa då det tydligt kan exemplifiera hur och varför ledningssvårigheter som rör patienters vård i hemmet kan uppstå i realtid även vid en tillsynes ”enklare” och delegerad insats. Den här typen av uppdrag kan nämligen rikta sig till patienter tillhörande målgrupp 2, som samtidigt erhåller annan avancerad sjukvårdsinsats från ASiH. Oklarheter som rör uppdragsbeskrivningar för även basala vårdinsatser kan betraktas som minst lika problematiskt som oklara uppdrag rörande avancerade vårdinsatser. Detta främst eftersom dessa basala vårdinsatser ska utföras av undersköterskor med delegering för uppgiften, och där det handlar om viktiga och snara medicinska insatser eftersom det rör patienter med en insulinbehandlad diabetessjukdom – vilket också är en återkommande bidiagnos bredvid annan allvarlig sjukdom:

> [...] det stora problemet är också att vissa vårdcentraler upplever att vi är jättebångstyriga som vill ha aktuella läkemedelslistor och aktuella remisser. De tycker att det är jättejobbigt att skriva och jag kan förstå dom för det är hur mycket jobb som helst. Men tyvärr, för att vi ska kunna utföra arbetet så säkert som möjligt så måste vi ha det. Aktuella remisser, aktuella läkemedelslistor. Vi kan inte liksom ha en remiss hos oss som inte överstämmer med papperet som är hos patienten. Vi får faxa jätteofta och ringa på dagtid där aktuell remiss saknas. Där det står i remissen att patienten ska ha [x-dos insulin], och hemma hos patienten står det nån lapp där det står [y-dos insulin], vilket stämmer? (Undersköterska).

Den här typen av uppdrag anländer via faxmeddelanden från olika vårdcentraler och utförs även på ”jourtid” av undersköterskor med delegering för uppgiften, och där det mer konkret handlar om handskrivna meddelanden av varierande läsbarhet som såväl visuellt som innebördsmässigt kan vara svåra att tyda:

> [...] det kan stå fel i remisserna, eller också är det en otydlig remiss. det ska verkligen vara så att man vet precis vad man ska göra, för annars kan det bli jättekonstigt, och just det här med tilläggsordinationerna [till patienter med diabetes]. om blodsockret är för högt ska det stå precis så här att: är blodsockret så, så ska du ge så mycket [insulin], ibland så kan det ju stå jättekonstigt liksom. Ibland kan man till och med missa saker som vi ska göra, för att allting är så ihop skrivet så man inte ser [...] allting bara står på en hel rad: om blodsockret är så och så, ge så och så, och sen används såna här mer eller mindre [symboler]- såna här typ gap [tecken]. och då ska man upptäcka dom [och tolka dom symbolerna i texten] också. (Undersköterska)

Inte sällan ska uppdragen också kunna genomföras efter kontorstid, vilket innebär att undersköterskan inte kan kontakta vårdcentralen om det uppstår oklarheter som enligt ovan. När den här typen av situationer uppstår sätter emellertid juridiska aspekter stopp för effektiv ledning genom en uppdragstaktisk lösning vid eventuella friktioner för undersköterskor, till exempel genom detaljreglering i styrdokument (SOSFS 2001:1) rörande ”Ordination av läkemedel” som enbart får tas emot av sjuksköterska:

> **6 §** Läkemedel får ordineras per telefon om den som ordinerar läkemedlet är förhindrad att komma till patienten. Ordinationer per telefon ska tas emot, dokumenteras och signeras i ordinationshandlingen av en sjuksköterska. Namnet på den som ordinerat läkemedlet och tidpunkten för ordinationen ska anges.
>
> Den som ordinerat läkemedel per telefon ska, om inte synnerliga hinder finns, i efterhand bekräfta ordinationen med sitt signum. En telefonordination får bekräftas skriftligen via telefax eller elektronisk post, förutsatt att säkra rutiner för elektronisk överföring av journaluppgifterna används (SOSFS 2001:1, kap 3).

Detta kan betraktas som en betydande påverkansfaktor på det framträdande ledningssystemet i linje med Brehmers (2006a,b; 2007; 2008a,b,c; 2009c; 2010b) designperspektiv, vilket medför att den avancerade hemsjukvårdens sjuksköterskor (eller sjuksköterskor från annan liknande vårdinrättning) kan involveras som en mellanhand för att medverka i en lösning av det ledningsvakuum som en juridisk aspekt kan medföra i realtid:

> [...] jag som undersköterska måste alltid när det är någonting som är väldigt osäkert eller som inte stämmer kontakta sjuksköterska. Men stackars denna sjuksköterska hon vet ju inte heller. Hon känner inte patienten. Hon har aldrig varit där. [...]Ja, är det väldigt väldigt luddigt och otydligt- avvikande då ringer sjuksköterskan till jourdoktorn i stan som inte har någon aning om saken då. han kommer inte ens åt [digitala vårdjournalsystemet]. Det är också det som är lite jobbigt.[...] (Undersköterska)

Om innehållet i de basala vårdinsatsernas uppdragsbeskrivningar är bristfälliga eller om patientens tillstånd samtidigt förändras (till exempel genom ett oväntat/avvikande blodsocker värde), behöver en sjuksköterska involveras av juridiska skäl i den basala vårdinsatsens ledningsprocess som ett slags mellanhand. Detta synliggör en inte helt smidig ledningsprocess, eftersom det föranleder en rad kommunikationsaktiviteter i flera led och över olika organisatoriska gränsytor och där datainsamlingsfunktionen framstår som tungarbetad och osäker eftersom juridiska påverkansfaktorer nödvändiggör omvägskommunikation eftersom undersköterskor inte får ta emot en ordination:

> Då får inte dom undersköterskorna ringa direkt till [sjukvårdsupplysningens doktor], nej, utan då ringer dom mig också får jag ta uppgifterna och sen får jag ringa till den här doktorn, få en ordination och ringa tillbaks. Så det är många turer Dom här patienterna är vårdcentralspatienter, så det är inte våra patienter här. Så då rapporterar jag över till [doktorn] att si och så är det, hur gör vi nu? [...] Oftast är det distriktsläkare, och dom har inte tillgång till något journalsystem överhuvudtaget. Dom sitter ofta hemma [...]Då kan den här läkaren fråga mig; ja, hur tycker du att patienten mår? Ja,a du den här undersköterskan sa ingenting så att- (…) det verkar som att det inte var något speciellt sa jag, så förutom då att sockret va högt eller hur det nu va - (Sjuksköterska)

Den juridiska aspekten i ledningssammanhanget enligt ovan framstår paradoxalt nog inte som ett stöd för en säker vård, utan snarare som en belastande påverkansfaktor i det framträdande ledningssystemet. Detta eftersom aspekten dels inte kan sägas främja effektiv ledning, dels att

den kan vara en faktor som skapar merjobb och fördröjer hanteringen av de friktioner som kan uppstå vid basala vårdinsatser i realtid. Detta talar för att uppdragtaktiska lösningar med tillräcklig kompetens och befogenheter i frontlinjen kan främja en säkrare vård.

8.2.3 Operativt och taktiskt ledningsbehov som en följd av vårdformen ASiH

Genom att patientsäkerhetsproblematiken och de försvårande omständigheterna i samband med vårdformen kan betraktas som ledningsproblem i samband med insatser och uppdrag av olika karaktär, så medför det emellertid att synen på ledning och ledningsbehov kan behöva utvidgas inom hälso- och sjukvården vid den här typen av vårdform. En utvidgad syn på ledning innebär först och främst att det finns anledning att börja skilja på verksamhetsledning och insatsledning, och i synnerhet eftersom avancerad hemsjukvård uppenbarligen handlar om en multiorganisatorisk vårdform som kan inrymma och förutsätta olika slags parallella insatser – och som därmed kan kräva olika ledningskoncept för att möjliggöra effektiv ledning för en patientsäkrare vård. Mot bakgrund av detta kan behovet av insatsledning exemplifieras och rent hypotetiskt även motiveras utifrån liknande grundantaganden som Försvarsmakten beskriver rörande den så kallade insatsledningsförmågan, och där det inom hälso- och sjukvården i samband med en intermediär och multiorganisatorisk vårdform skulle kunna innebära ett synsätt på ledning med det explicita grundantagandet att:

> Kraven på ledning varierar från [vård][147]insats till [vård]insats. Att leda flexibelt och anpassa ledningssystemet, inklusive ledningskedjan, till de krav som ställs vid aktuell [vård]insats är därför viktiga förmågor (Försvarsmakten, 2001, s. 16).

Utifrån hälso- och sjukvårdsdomänens befintliga styrdokument[148] och tillika motsvarighet till Försvarsmaktens ledningsdoktrin rörande ledning och ledningssystem, går det emellertid inte finna någon explicit syn eller vägledning rörande ledning av insatser eller ledningskoncept i samband med de multiorganisatoriska ledningsförhållanden som vårdformen uppvisar. Detta kan exemplifieras genom att fokus i såväl dåtida som nutida styrdokument rörande ledning och ledningssystem enbart avser verksamhetsledning, vilket framgår i till exempel: Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOSFS (2005:12), Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11), och i den vägledande publikationen (rörande 2005:12) ”God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2006).” Dessa publikationer berör inte insatsledning utan enbart verksamhetsledning, vilket även den nya föreskriften (SOSFS 2011:9) med allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gör. Den senare (SOSFS 2011:9) trädde i kraft 1 januari 2012 (ersätter SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11). Detta innebär att befintliga styrdokument rörande ledning och ledningssystem utifrån ett ledningsperspektiv inte kan sägas ge tillräcklig vägledning för de multiorganisatoriska ledningsbehov och ledningskoncept som av patientsäkerhetsskäl kan uppmärksammas och motiveras genom vårdformen ASiH, vilket därför kan betraktas som en betydande juridisk och ledningskulturell påverkansfaktor på det ledningssystem som vårdpraktiken agerar inom. Detta kan ses som bekymmersamt eftersom ledning kan uppmärksammas som relevant och angeläget för en

[147] De tre klamrarna med ordet [vård] är ett texttillägg i citatet av mig, som avser förtydliga motivationen av insatsledning rörande vårdinsatser i samband med en intermediär och multiorganisatorisk vårdform.
[148] Här avser jag främst bindande föreskrifter rörande ledning och ledningssystem inom hälso- och sjukvårdsdomänen.

patientsäkrare vård, dels rörande ledning av patienthanteringen vid vårdformsskiften och dels rörande den pågående vården i samband med insatser inom ramen för en multiorganisatorisk vårdform.

8.2.3.1 Ledning av patienthanteringen vid vårdformsskiften

Lejonparten (ungefär två tredjedelar) av uppdragen inom vårdformen ASiH riktar sig till patienter tillhörande målgrupp 1, vilket inte handlar om tidsbestämda uppdrag utan de löper över en obestämd längre tid med olika slags insatser som även behöver avgöras efter hand. Uppdrag riktade till målgrupp 1 inbegriper därför också en tidsmässig aspekt som i sig gör det besvärligt att initialt beräkna och detaljplanera nödvändiga insatser och resursåtgång över tid, även om vårdpraktikens erfarenhet, förtrogenhet och kompetens med olika sjukdomstillstånd kan användas som mänsklig prediktiv ”sensor”. Vårdformen ASiHs ”natur” inrymmer samtidigt en annan inbyggd osäkerhet med en mängd potentiella friktioner[149], som kan ses som en indirekt följd av att så kallade avancerade sjukvårdsinsatser i hemmet både kan och ska erbjudas samtliga patientgrupper som brottas med svåra och fortskridande sjukdomstillstånd. Detta oavsett de praktiska begränsningar som till exempel bostadens utformning, handikapp, livssituationer, svår sjuklighet eller ålderdom kan utgöra för den enskilde vårdtagaren och eventuella närstående. Genom att dessa försvårande omständigheter innebär osäkerhet med potentiella friktioner, så går det uppmärksamma ett operativt ledningsbehov rörande patienthanteringen vid i synnerhet vårdformsskiften - vilket hypotetiskt kan bidra till att säkerställa en snabb och patientsäkrare övergång till en för patienten lämplig vårdform[150] vid ett svårt sjukdomstillstånd. På denna fiktiva operativa ledningsnivå kan samordning och gemensam inriktning eftersträvas i patienthanteringen och där datainsamling och gemensam sensemaking mellan nödvändiga involverade parter är angeläget för att ledningsprocessen ska kunna utmynna i ett beslut om vilket vårdformsval[151]som kan och ska aktualiseras, och där ASiH rimligtvis enbart utgör en typ av möjlig vårdform i detta skede. Övergång till en sluten vårdinrättning med tillgänglig personal dygnet runt i form av till exempel hospice eller särskilt boende, kan i denna operativa ledningsprocess utgöra andra alternativa vårdformer för patientens och de närståendes räkning. Ett operativt ledningsbehov rörande patienthanteringen vid vårdformsskiften återkommer som påtagbart och nödvändigt, och i synnerhet inför vårdformen ASiH. Detta dels för att säkra att ”lämpliga” och väl motiverade och införstådda patienter kan aktualiseras för avancerad hemsjukvård, dels för att säkerställa vårdformens realiserbarhet eftersom flera aspekter och omständigheter visat sig nödvändiga att såväl inventera som utreda inför ett beslut och tillika val av lämplig vårdform för en patientsäker vård:

---

[149] Med friktioner avser jag ”…oförutsedda händelser som, helt eller delvis, omintetgör det önskade eller förväntade händelseförloppet. Såväl människor, material som miljöfaktorer kan bidra till att friktioner uppstår […] Friktioner resulterar ofta i att hela situationen måste omvärderas och nya handlingsalternativ utarbetas (Försvarsmakten, 2002, s. 20).”

[150] Avancerad hemsjukvård är en typ av vårdform, och det är möjligt att det finns andra typer av vårdformer som kan vara lämpligare om till exempel vård- och omsorgsbehoven är omfattande. Detta väcker emellertid också frågor rörande till exempel etik, prioritering, kostnadseffektivitet och patientens valfrihet rörande ett vårdformsval (se not 64).

[151] Med vårdformsval avser jag inte vårdval enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem, som avser patientens rätt till valfrihet mellan olika vårdgivare. Jag avser vårdformsval i den bemärkelsen att patienten väljer hemvistelse genom te x en intermediär och multiorganisatorisk vårdform som ASiH.

> Vill patienten åka hem? Om det inte står i remissen någonstans att patienten vill vårdas i hemmet, vad säger anhöriga? Vill man det här? Det framgår inte heller alltid. Så att det är mycket beaktande när man svarar på remisser, för att säkra att det här något som överhuvudtaget kommer att gå. så jag kan säga att vi gör en himla massa insatser till alla, dom här patienterna vi pratar om, där det inte är så enkelt att få det och flyta på hemma. […] vi har väldigt hög [patient]omsättning i mitt team, och det beror på att det är så många äldre som kommer hem och det inte funkar.[…] det tar kraft från oss att ansluta nya patienter, dra igång allting, vi lägger resurserna fel kanske då, men det är svårt att säga hur det kommer att gå, vi tror- vi hoppas att det ska gå bra, men ibland har man ju nån sorts föraning om att det här kommer inte att gå nån längre stund, och så är det, väldigt ofta. Det är svårt att, om det inte är alldeles uppenbart att bara säga, nej, det här kommer inte att gå, men ibland önskar jag att man kunde det, men vi har ju krav på oss att kunna erbjuda vård (Läkare)

Att en operativ ledning saknas rörande patienthanteringen vid vårdformsskiften, ger idag ett utrymme för att tillsynes onödiga patientsäkerhetsproblem kan uppstå. Detta eftersom mindre genomtänkta uppdrag kan efterfrågas genom remitteringsförfarandet, och där uppdragen eller insatserna kan bli påtagbart svåra eller omöjliga att fullfölja i hemmet på ett säkert och ändamålsenligt sätt. Bristen på operativ ledning medför också att omfattande intermediära och multiorganisatoriska ledningsbehov rörande vårdformsbeslut idag kan tryckas ned till motsvarande taktisk och ”vårdteknisk” nivå, vilket innebär att en enskild verksamhets resurser också åtgår för att söka hantera/ kompensera för en avsaknad ledningsfunktion på operativ nivå:

> Ja, dom skickar hem patienten [från sjukhuset] samtidigt som dom skickar remissen [rörande avancerade vårdinsatser till oss] till exempel eller, ja vi har ju 24 tim på oss att svara på remissen så jag menar, då kanske vi svarar: att skicka hem patienten och skicka remiss idag, det betyder ju inte att och vi säger ja ens en gång till patienten, men det tror dom ju ofta. Eller också har dom då skickat hem dom också har vi sagt att ja, men vi vill ha en vårdplanering innan vi kan säga nånting, och då är det redan kört för att då har dom skickat hem dom. Och då får ju vi försöka åka hem och göra en bedömning. Det händer också att jag ringer [vårdcentralen] då, och ber att dom sammankallar till en vårdplanering. För att vi har skrivit in, så är det ju vårdcentralen som äger patienten. Så i och med att patienten går hem och inte vi tar hand om patienten då är det vårdcentralens patient (Sjuksköterska).

Förutom att medföra risker och onödiga påfrestningar för patienten och eventuella närstående, så kan brist på operativ ledning av patienthanteringen begripliggöra varför resurser kan förbrukas som en följd av upprepade försök med mindre lämpliga vårdformsval. I vårdpraktiken skulle en operativ ledningsnivå kunna möjliggöra en patientsäkrare vård, genom att patienten snabbt slussas in i ”rätt” vårdform. Detta genom att ett givet ändamålsenligt organisatoriskt forum och form dels ansvarar för att utreda och fatta beslut om lämplig vårdform, dels finns tillgängligt som ett förberedande och inventerande vårdplaneringstöd för den taktiska ledningsnivåns olika verksamheter - vilka därigenom kan förväntas erhålla bättre underbyggda, tydliga och realiserbara uppdragsformuleringar efter till exempel en slutenvårdsvistelse. Gemensamma vårdplaneringar visar sig också vara en tungarbetad och tidskrävande ledningsaktivitet eftersom ett givet organisatoriskt forum och form för detsamma saknas, vilket idag påtagbart försvårar gemensam sensemaking även mot bakgrund av geografiska avstånd och resursbrist (tidsbrist) på taktisk nivå. Detta innebär också att gemensam sensemaking behöver prioriteras bort eftersom vårdplaneringar kan aktualiseras med kort tidsvarsel på olika geografiskt utspridda vårdinrättningar, och dessutom i nära anslutning till att en remiss utfärdats och en utstrivning (vårdformsskifte) står inför dörren:

> [...] bor man ensam så blir det oftast så här, att redan från början då vi får remissen, så kan man ana att det här kommer nog inte att gå nå längre tid, och vi försöker om vi har möjlighet att hinna gå med på vårdplaneringar, men det är tidskrävande kan jag säga att åka runt på sjukhusen och vara med på vårdplanering, så man selekterar jättehårt, att här känns det jätteviktigt att vi är med och markerar vad som är nödvändigt, både vad gäller anpassningen i hemmet, alltså nån ska komma hem med en massa slangar och det ska göras omläggningar och vi kan inte stå och jobba i en säng som är i golvnivå, eller där det är alltså, inte anpassat för att man ska kunna vårda någon i hemmet. Bara det är för dom flesta väldigt kränkande: Jag vill hem till mitt vanliga hem. (Läkare)

Den här typen av exempel synliggör nödvändigheten av ett slags samordnande och inriktande operativ (vård) ledningsfunktion när ett vårdformsskifte aktualiseras, samt vikten av tillräcklig datainsamling och gemensam sensemaking för ett väl underbyggt beslut om lämpligt vårdformsval[152] och eventuella nödvändiga insatsbehov för att möjliggöra detsamma. Detta innebär mer konkret att en operativ ledningsfunktion av patientsäkerhetsskäl bör ansvara för den initiala patienthanteringen och tillika patientöverföringen inför/vid förestående vårdformsskiften, och i synnerhet inför utskrivningar från sjukhus till hemmet vid svåra och sammansatta sjukdomstillstånd där det kan föreligga stora insats- och ledningsbehov. En operativ ledningsfunktion kan rent hypotetiskt även möjliggöra såväl en kostnadseffektiv resurstillförsel som ett kostnadseffektivt resursutnyttjande på taktisk nivå. Detta genom att möjliggöra och producera väl underbyggda och etiskt riktiga beslut om praktiskt realiserbara uppdrag och tillika vårdformsbeslut, vilket troligtvis även behöver inbegripa praktiskt relevant information som kan vara avgörande rörande - bland annat:

- Antalet involverade/nödvändiga vårdaktörer
- Omfattningen av patientens omvårdnads- och tillsynsbehov
- Patientens förmåga till egenvårdsansvar och egenvårdsinsatser
- Patientens tillgång/möjlighet till hjälp/stöd av närstående i hemmet
- Patientens boende och hemmets utformning avseende bostadsanpassningsbehov och nödvändiga hjälpmedel

En förberedande och inriktande/prioriterande operativ (vård) ledningsnivå och tillika stab som ”står över” den taktiska ledningsnivån (där ASiH är en aktör bland många andra), kan mot bakgrund av ovanstående resonemang rent hypotetiskt antas skapa ett nödvändigt fysiskt operativt ledningsforum som stöd inför beslut och val om vårdform. Detta eftersom det blir möjligt att på en operativ nivå i realtid hantera frågor rörande såväl resursprioriteringar, resurstillförsel som vårdformsbeslut för att eftersträva ”Effektiv hälso- och sjukvård” i linje med hälso- och sjukvårdslagens (28§ HSL) avsikter, och som av Socialstyrelsen (2006, s.10) beskrivs i publikationen ”God Vård” som att:

[152] Avancerad hemsjukvård är en typ av vårdform, och det är möjligt att det finns andra typer av vårdformer som kan vara lämpligare och kanske t o m mer kostnadseffektiva om till exempel vård- och omsorgsbehoven är omfattande. Detta väcker emellertid också frågor rörande till exempel etik, prioritering, kostnadseffektivitet och patientens valfrihet rörande ett vårdformsval. Med det sist nämnda (vårdformsval) avser jag inte vårdval (Lag om valfrihetssystem), som avser patientens rätt till valfrihet mellan olika vårdgivare. Jag avser vårdformsval i den bemärkelsen att patienten väljer hemvistelse (t e x en intermediär och multiorganisatorisk vårdform som ASiH), istället för vistelse på vårdinrättning i samband med svåra sjukdomstillstånd.

> Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna (Socialstyrelsen, 2006, s. 10.)

Utifrån detta exempel på synsätt rörande ”Effektiv hälso- och sjukvård” kan operativ ledning således även motiveras utifrån ett befintligt strategiskt styrdokument, vilket emellertid kan förutsätta att en operativ stabs- och vårdplaneringliknande ledningsfunktion upprättas. Denna stabsliknade operativa lösning behöver sannolikt bemannas med lämpliga representanter med multidiciplinär specialistkompetens från såväl hälso- och sjukvården som den sociala omsorgen inklusive biståndsbedömare[153], som tillsammans då utgör ett team i en gemensam ledningsprocess samt ett förberedande stöd för den taktiska nivån avseende patienthanteringen vid vårdformsskiften. Utifrån ett ledningsperspektiv behöver emellertid biståndsbedömarrollen förändras och utvecklas för att istället på operativ nivå snarare handla om att medverka i ledningsprocesser i realtid tillsammans övriga team-medlemmar, och där ett controller-ansvar för frågor rörande resurstillgång, resursöverblick och möjlig resurstillförsel står i centrum snarare än biståndsbedömning av nödvändig (resurstillförsel). Det senare (bedömning av nödvändiga insatsbehov vid olika svåra sjukdomstillstånd till individer) kan troligen effektivast utföras av ett väl sammansatt multidisciplinärt team, inom vilket det finns bred erfarenhet, förtrogenhet och specialistkompetens för att bedöma vård- och omsorgsbehov med mera. när hemvistelse i stället för sjukhusvistelse aktualiseras vid olika svåra sjukdomstillstånd och/eller handikapp. Detta innebär mer konkret att ledningsfunktionen på den operativa nivån även kan söka eftersträva kostnadseffektiva beslut, rörande om och när en intermediär och multiorganisatorisk vårdform kan/ska aktualiseras. Utifrån den bild som fallstudien ger rörande vårduppdragens varierande karaktärsdrag, behöver emellertid sannolikt också samtliga uppdrag preliminärt kategoriseras på denna nivå som antingen komplicerade eller komplexa enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi, eftersom det rent hypotetiskt kan antas bidra till att adekvata ”order” (uppdrag) kan produceras till aktörer på taktisk nivå. Detta möjliggör att vårduppdragen enbart kommer röra införstådda, välinformerade och motiverade patienter och eventuella närstående, samtidigt som involverade och/eller nödvändiga aktörer tidigt kan identifieras och sedan vid behov enklare sättas i förbindelse/samband med varandra för fortsatt ledning av insatser i olika slags patientuppdrag på taktisk nivå. Detta kommer sannolikt kräva att informations- och kommunikationsteknik förmår främja och möjliggöra såväl samband som samarbete i realtid när olika verksamheter involveras, och inte minst eftersom delat ansvar för patientens sjuklighet är en vanlig men problematisk företeelse i samband med vårdformen. Genom remisserna och remitteringsförfarandet återkommer emellertid olika exemplel på handlingsmönster som visar att ledningsprocessen i samband med patienthanteringen vid vårdformsskiften snarare förefaller präglat av ett inåtvänt och verksamhetsinriktat synsätt på ledning istället för ett gemensamt ansvarstagande och samar-

[153] En biståndsbedömare är idag en kommunal tjänsteman och tillika myndighetsperson, vars huvuduppgift är behovsbedömning av insatser för att möjliggöra kvarboende i hemmet trots handikapp, sjukdom och/eller ålder. Bedömningen kan till exempel innefatta olika slags insatser med stöd och hjälpmedel i vardagen på grund av sjukdom eller funktionshinder, men också huruvida vårdplats på särskilt boende med tillgänglig personal ska aktualiseras. Samtidigt som biståndshandläggarna ”…har lagstiftningen och den enskildes rättsäkerhet, skrivna och oskrivna riktlinjer och knappa ekonomiska resurser att förhålla sig till. Dessa omständigheter och utmaningar är väl beskrivna i litteraturen (Norman och Schön, 2005, s. 48).”

betsinitiativ. Detta kan exemplifieras genom det ledningsvakuum som kan uppstå i patienthanteringen vid i synnerhet vårdformsskiften. Brist på ledning rörande patienthanteringen vid vårdformsskiften ger också ett utrymme för att egendomliga ledningssituationer återkommande kan uppstå, och där patienten riskerar komma i kläm:

> [...] det är ofta så här: ja, så har vi [= remitterande läkare] skrivit en remiss till ASIH. Ja, vad är det för någonting [undrar patienten]? Ja, men du vet dom kommer hem och hjälper dig, och det är jättebra om dom hjälper dig dygnet runt och du kan nå dom. Det är oftast så det presenteras. […] Ja, det är inte alls ovanligt. Det är presenterat till patienten, jag kan läsa i journaltext: har informerat patienten om ASIH. Patienten planeras hem i morgon, då kommer ASIH att sluta upp. […]Man har utlovat en anslutning, man utlovar, man planerar hemgång också planerar man att vi ska ansluta omedelbart. (Läkare)

Den här typen av handlingsmönster i kombination med de oklarheter och tillkortakommanden som framkommit rörande remisserna och remitteringsförfarandet, exemplifierar ett ledningsbehov av patienthanteringen i samband med att vårdformen avser aktualiseras. Samtidigt som handlingsmönstret i exemplet visar att det saknas en gemensam lämplig arena/forum, som förmår stödja effektiv ledning vid i synnerhet delat ansvar inför att vårdformen avser aktualiseras. Brist på ett gemensamt och på förhand givet forum/arena innebär att gemensam sensemaking därmed försvåras av organisatoriska skäl, vilket också måste betraktas som problematisk mot bakgrund av att uppdragen kan visa sig vara av såväl komplicerad som komplex karaktär och därmed även kan komma att kräva olika ledningskoncept och betydande ledningsresurser. Detta kan betraktas som ett ledningsproblem av betydelse för patientens säkerhet som kan försvåras ytterligare, eftersom det inte heller idag finns tillgång till ett gemensamt och ändamålsenligt sambandstekniskt hjälpmedel som snabbt förmår stödja effektiv ledning i realtid mellan de presumtiva aktörer som kan behöva involveras och komma i förbindelse med varandra. Utifrån fallstudiens resultat kan den här typen av presumtiva ledningsproblem exemplifieras såväl innan vårdformen påbörjas i samband med patienthanteringen vid vårdformsskiften, som under tiden som vårdinsatser till gemensamma patienter pågår.

8.2.3.2 Ledning av olika patienters vård genom vårdformen ASIH

Av de patientuppdrag som exemplifierats och diskuterats i tidigare avsnitt som möjliga komplicerade eller komplexa till sin karaktär utifrån Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) resonemang, så synliggörs dock ett brett panorama av olika slags mindre som större patientuppdrag och därmed en rik variation av olika möjliga ledningsbehov. Utöver det påtagbara ledningsbehovet som uppmärksammats tidigare rörande patienthanteringen vid vårdformsskiften, så kan emellertid ett annat ledningsbehov uppmärksammas som framträdande inom ytterligare ett område relaterat till de olika typerna av patientuppdrag som kan förekomma inom ramen för vårdformen. Detta handlar om ett ledningsbehov av olika patienters vård, när vårdformen ASiH väl aktualiserats och därmed pågår. Det insamlade datamaterialet är emellertid begränsat när det gäller möjligheten att djupare analysera det ledningsbehovet, eftersom detta ledningsbehov är direkt relaterat till den planerade eller pågående vården på en lägre och motsvarande ”vårdtaktisk” eller ”vårdteknisk” ledningsnivå. Detta handlar således då om det direkta genomförandet i realtid av vården, och vilka arbetsprocedurer, aktiviteter och ledningshjälpmedel som står till buds när det gäller datainsamling, sensema-

king, planering och även uppföljningen av patientuppdragen. Några observationer kan emellertid exemplifieras, och kommer diskuteras nedan.

När ledning betraktas som en funktion enligt DOODA-modellen (figur 17, kapitel 3.5.2) så kan ledningens effektivitet och även ledningshjälpmedlens ändamålsenlighet sägas avgöras av huruvida och i vilken utsträckning de tre avgörande ledningsfunktionerna datainsamling, sensemaking och planering kan uppfyllas inom ramen för det befintliga ledningssystemet i samband med vårdformen.

När det gäller ledningsfunktionens samlade ”funktionalitet” så kan en hel del ledningssvårigheter uppmärksammas och exemplifieras, vilket blir mest uppenbart rörande de patientuppdrag som riktar sig till målgrupp 2. Datainsamling framstår som en tidskrävande aktivitet när ansvaret är delat med vårdcentralen, och då ASiH ansvarar för ”en del” av den sjuke i form av till exempel smärtlindring genom injektioner vid behov – och där ledningssvårigheter kan uppstå som en följd av en kombination rörande patienters unikum och täta sjukhusbesök, kommunikationsbrist, många involverade aktörer och olika journalsystem:

> Hon hade åkt in på sjukhus här i mitten av november ett par dygn. Man hade ändrat, i princip massor med hennes smärtmedicinering, lite oklart varför och hur. Hon skickas hem, sen hade vi inte hört så mycket, och nu så klagade hon då för smärta och läkemedelslistan stämmer inte. Dom injektionerna vi har ordinerat tidigare finns inte kvar, dom är utsatta, så sköterskan ringer och frågar: vad får jag ge? Också visar det sig att vårdcentralen fortfarande [inte har samma digitala journalsystem som vi] så detta är ett typiskt exempel liksom, på för många kockar alltså. Och då får man börja jaga folk liksom, så nu har jag suttit här hela förmiddagen och försökt jaga vårdcentralsläkare, och den här distriktsläkaren, och den här distriktssköterskan (…) och kanske ska jag försöka få tag på nån där på [akutvårdsmottagningen på sjukhuset] och fråga vad dom håller på med och så där, och vi vet fortfarande inte riktigt vad [patienten får för läkemedel], så jag försöker nu bilda mig en uppfattning om statuset liksom, och vad som är gjort. Så det är speciellt, så nu sa jag då till sköterskan här att nu får du åka hem till patienten, titta efter det här, ring när du är där, och det är en skillnad mot på sjukhus att då kan jag ju bara gå in i rummet och titta på patienten själv- det är ju en utmaning med det här med hemsjukvård, överhuvudtaget. Jag som doktor kan inte åka på allting, även om jag skulle vilja. (Läkare)

Den här typen av exempel illustrerar att det av patientsäkerhetsskäl går uppmärksamma ett ledningsbehov av patienters pågående vård, samtidigt som vården försvåras när det saknas ett gemensamt journalsystem. Ledningsbehovet av patienters vård kan tydligast exemplifieras vid delat ansvar över patienten, men också om patienten har frekventa eller återkommande vårdkontakter med olika slags vårdinrättningar som varken delar journalsystem eller är kända som aktörer för varandra. Exemplet enligt ovan visar att detta innebär en ”utspridd” information som ger upphov till en riskfylld svåröverskådlighet över patienters vårdförlopp, vilket återkommande framhålls som problematiskt och tidskrävande att söka överbrygga i vårdpraktiken. Samtidigt återkommer exempel på att en gemensam digital journal paradoxalt nog skapar en annan typ av svåröverskådlighet och patientsäkerhetsproblem. Detta genom att allt större mängder textmassor finns att läsa från olika specialister och vårdinrättningar, som efterhand ansluter sig och börjar dokumentera i den gemensamma digitala journalen – vilket innebär att textmassorna fortsätter svälla i takt med att den skriftliga dokumentationen naturligt tilltar genom patienternas fortgående vårdkontakter:

> [...] det ansluter sig ju klinik efter klinik nu på [stora X sjukhuset]. Ja så det sväller ju oerhört det [digitala journalsystemet]. Det gör att jag får mer- (…) det finns ju mer och mer information men (…) det är också svårare att hitta i den stora mängden av information. Med subspecialiseringen inom vården- jag menar öh (…) det blir ju mindre och mindre helhetsyn då i och med det. (Läkare)

Denna utveckling med ett stort gemensamt journalsystem talar för att en expanderande datainsamlingsfunktion kan komma att utgöra en överbelastning på det framträdande ledningssystemet istället för ett ändamålsenligt stöd, vilket därmed kan skapa ledningssvårigheter istället för ledningsmöjligheter i samband med en multiorganisatorisk vårdform – där patientsäkerhetsproblematiken i värsta fall förvärras. Detta eftersom effektiv ledning enligt DOODA-modellen förutsätter att relevant och nödvändig information kan nås på ett smidigt sätt, och att informationen är möjlig att processa så den leder till en förståelse för att avgöra vad som ska göras. Samtidigt måste det framhållas angående ledningsbehovet av patienters vård, att bristen på realtidsinformation utgör ett återkommande och tidskrävande dilemma:

> Ja otillräcklig information, ja det upplever man ju ofta. Väldigt ofta. [...] Ja, det är till exempel för att jag inte har några journaler från vårdcentralerna att kunna tillgå t e x. jag har ju inte den informationen. Och sen så har jag otillräcklig information i dom remisser som folk skickar-, ja då både läkarna från både primärvården och olika sjukhus och privata vårdgivare av allehandaslag. Men informationen, ja den är knapphändig, ja- så jag får ägna mycket tid att gå igenom vad som finns dokumenterat då. (Läkare)

Som framgått i exemplen enligt ovan rörande ledningsbehovet av patienters vård, så finns det anledning att i fortsatta studier undersöka detta närmre med nya lämpliga data. Detta rör då främst huruvida och i vilken utsträckning det framträdande ledningssystemets datainsamlingsfunktion idag förmår utgöra ett ledningsstöd för en patientsäker vård i samband med en intermediär och multiorganisatorisk vårdform, vilket ur ett ledningsperspektiv är angeläget att kartlägga i synnerhet då flera parter involveras och därmed även utgör ett slags distribuerat team kring patienten. När många människor är involverade i en arbetssituation har även en så kallad ”delad situationsmedvetenhet” beskrivits som angelägen, eftersom den kan - som Endsley (1995) menar - bidra till medvetenhet omkring vad som håller på att ske, en förståelse för situationen samt en uppfattning om vart situationen leder. Delad situationsmedvetenhet inom ett team är också något som allt mer framhålls som betydelsefullt inom hälso- och sjukvården och för patientens säkerhet (Mackintosh, Berridge och Freeth, 2009). Detta kan emellertid exemplifieras som lättare sagt än gjort i vårdpraktiken, då tillfälliga samarbetssituationer uppstår mellan för varandra okända parter:

> [...] när [sjuksköterskorna ringer mig som läkare under jourtid] så- dom har inte [samma digitala journal som oss], dom har inte tillgång till [patienternas] journal, det är en patient som man inte känner, man vet inte riktigt vem sköterskan är så man kan inte riktigt veta- det är lite olika vem det är som ringer (xx xx) jag vet inte deras rutiner, jag vet inte vad dom brukar göra när det är en patient som mår dåligt, eller behöver nåt stöd, så då blir det lite så här, ja jag fick lösa det efter den situationen så bra som man kan, och sen får man hoppas att det går bra, men man får ingen återkoppling över hur det går för patienten, och det tycker jag är lite tråkigt men det- jag vet inte om jag vill införa ett system där dom ska återkoppla till oss alla jourare, det är lite ”over-kill”. (Läkare)

Ovanstående exempel avspeglar en problematisk ledningssituation rörande patienters vård, som visar att begreppet ”team” kan förväntas vara betydligt mer komplicerat när flertalet geo-

grafiskt utspridda vårdaktörer från olika organisatisationer och olika yrkesgrupper är involverade i en patient. Roth, Multer och Raslear (2006) beskriver en säkerhetsproblematik som rör en studie inom järnvägsbranschen, där de menar att när flertalet geografiskt utspridda aktörer utför ett arbete i en komplex säkerhetskritisk järnvägsbransch, så ligger utmaningen i att upprätta och behålla en gemensam/delad situationsmedvetenhet. Roth et al (2006) framhåller att såväl tekniska hjälpmedel som informella kommunikationsstrategier som att till exempel fortlöpande kunna ”lyssna in” vad som pågår (trots geografiska avstånd och en stor mängd aktörer), kan vara betydelsefullt för att främja en delad gemensam situationsmedvetenhet, vilket därigenom kan skapa förutsättningar för ett resilient system för ökad säkerhet inom järnvägsbranschen. Mot bakgrund av den stora mängd aktörer som kan förekomma i samband den intermediära och multiorganisatoriska vårdformen ASiH, och att aktörer dessutom kan vara okända för varandra med varierande erfarenhet, förtrogenhet och kompetenser så framstår det som minst sagt utmanande med ledning av patienters vård utifrån visioner om en delad situationsmedvetenhet i realtid likhet med Roth et als (2006) resonemang. Geografiskt utspridda men involverade parter och det uttalade ensamarbetet i kombination med oklarheter rörande tillgång till erfarenhet, förtrogenhet och kompetens rörande olika slags sjukdomstillstånd, talar för att det av patientsäkerhetsskäl kan vara angeläget med en smidig och gemensam lämplig arena/forum (ngt slags komplementär IT-plattform)[154]. Detta för att underlätta samband i realtid och där en effektivare ledning kan stödjas genom att åtminstone möjliggöra smidigare informations- och kommunikationsutbyten och samarbeten, genom direkt kommunikation för en patientsäkrare vård när flera aktörer involveras i ett vårdförlopp rörande en och samma patient:

> [...] här har vi organisationen som redan är riggade för att kunna ge support i hemmet, som är konstruktiva och flexibla och som har möjligheter att ändra fokus, att ta sig an, ge support, om man kan hitta bra samarbetsformer, vilket jag ju faktiskt tycker att vi kan, men vi behöver ha resurser också. vi behöver vara framför allt kompetenta inom onkologi, eller andra specialiteter, hematologi, njurmedicin eller vad det nu än kan vara för att kunna ge det stödet hemma. Och också kanske säkra att vi har bättre samarbetsformer. Det tycker jag är jätteviktigt, så vi är i ett jättestort dilemma just nu, vi får se till att jobba rätt hårt för att se till att vi inte missar saker som vi borde se. (Läkare)

Flera exempel indikerar att slutenvårdens specialister behöver finnas mer ”närvarande” som ”team-medlemmar” i närmre samarbetsformer med ASiH - både genom och trots geografisk distans. Sammantaget kan ledningsbehovet rörande patienters pågående vård sägas uppstå som en följd av att ASiH utgör en intermediär och multiorganisatorisk vårdform, som kan inrymma olika slags patientuppdrag med varierande karaktärsdrag – vilket aktualiserar behov av arenor och forum för multidisciplinär ledning där gemensam sensemaking (orientering) kan möjliggöras i realtid under ett behandlingsförlopp. Detta gäller till exempel de patienter som står under aktiv anticancerbehandling med olika slags pågående behandlingar som kan föranleda olika biverkningar och följdsjukdomar, och där olika specialister kan behöva smidigt involveras och konsulteras över tid som en följd av detsamma - trots geografiskt avstånd.

[154] Här avser jag att ett kompletterande virituellt decentraliserat IT-ledningsstöd kan i vårdpraktiken möjliggöra interaktivitet och samband i realtid på ett helt annat sätt (i jämförelse med en digital patientjournal) mellan involverade parter, vilket rent hypotetiskt då möjliggör ledning (samband) rörande såväl gemensamma vårdplaneringssituationer som pågående vård m.m. när flertalet aktörer behöver involveras.

8.3 Summering av vårdformen ASiHs ledningsfråga 2008

Med utgångspunkt från resultaten i forskningsstudiens första fas så handlar avancerad sjukvård i hemmet om en ledningsmässigt nätverksliknande vårdform, inom vilken intermediär multiorganisatorisk sjukvård produceras. Eftersom vårdformen aktualiseras och genomförs i hemmet, så behöver den förberedas och bedrivas i ett mer eller mindre nära realtidssamspel. Detta gäller mellan såväl de egna ASiH-interna medarbetarna, som i harmoni med andra nödvändiga ASiH-externa medarbetare för varje patients räkning - från olika typer av verksamheter. Det betyder att en potentiellt rik variation av aktörer förekommer i unika samspelskonstellationer, som avgörs av varje enskild patients unika behov och eventuella vårdval. Den viktigaste ledningsmässiga observationen i forskningsstudiens första fas, är att det föreligger ett betydande behov av inriktning, samordning och realtidssamarbeten för patienters räkning för att resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk vård ska kunna förberedas och genomdrivas på säkert sätt med hemmet som huvudsaklig vårdplats (Lagerstedt, 2012; 2013).[155]

ASiH ska bygga på frivillighet och utgöra ett patientsäkert alternativ till vård i hemmet (i stället för vård på sjukhus eller annan sluten inrättning), vilket erbjuds de patientmålgrupper som uppfyller beställarens kriterier för anslutning enligt styrdokument 2008. Patientsäker avancerad sjukvård i hemmet, är dock inte oproblematiskt. Det är påtagbart att patientsäkerhetsproblematiken inbegriper kognitiva arbetsmiljöfrågor, som utifrån ett ledningsperspektiv bör av säkerhetsskäl hanteras främst genom ett nytt sätt att se på syftet med ledning och ledningssystem. Detta i synnerhet eftersom ledningsanalysen i kapitel 8 påvisar ett pågående resursslöseri i landstinget, genom brist på just lämplig ledning i samband med en intermediär multiorganisatorisk nätverkslikande vårdform med hemmet som huvudsaklig vårdplats.

Forskningsstudiens första fas påvisar att patientsäkerhetsproblematiken kan relateras till en intermediär multiorganisatorisk vårdform, snarare än till en enskild verksamhet. Samtidigt som patientsäkerhetsproblematiken även visar sig direkt synonym med vad som benämns ledningsproblem och friktioner i militära sammanhang. Patientsäkerhetsproblematiken och de praktiskt försvårande omständigheterna för säker vård, är således att betrakta som en trolig ledningsfråga - med utgångspunkt från ett ledningsvetenskaligt synsätt på problematiken.

När ledning utgör en funktion med teoretisk utgångspunkt från van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2007; 2008c; 2009b) resonemang, så aktualiserar vårdformen säkerhetsrelaterade ledningsproblem genom betydande behov av inriktnings- och samordning som inte understödjs på ett bra sätt. Detta dels inför och dels under ett genomförande av större patientuppdrag, och dels vid avgränsade enstaka insatser i hemmet.

8.3.1 Ledningsproblematiskt utgångsläge

Ledningsproblematiken handlar om att ASiH avser en intermediär och multiorganisatorisk vårdform, där flertalet aktörer kan vara involverade för patientens räkning med ett delat ansvar över olika insatser för patienten - såväl kortare som längre tid.

[155] Kapitel 8.3 är en sammanfattning och presentation av det ledningsmässiga utfallet och slutsatserna i forskningsstudiens första fas (Lagerstedt, 2012, s.143-152), vilka framställt på ett designlogiskt sätt i tre steg med inspiration från från Brehmers (2013) samt Vicentes (1999) resonemang.

Utifrån Albert och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) terminologi är varje unikt patientuppdrag antingen komplicerat eller komplext till sin karaktär. Samtidigt som patientuppdragen inom ramen för vårdformen kan förändra karaktär akut, eller gradvis över tid - och inrymma återkommande beslutsuppgifter som uppfyller kriterier för vad som Brehmer (1991; 2013) benämner som dynamiska beslutsuppgifter. Dynamiska beslutsuppgifter är extra ledningsmässigt problematiskt i samband med vårdformen, eftersom det saknas tillräckligt lednings- och sambandsstöd med praktiska svårigheter att etablera kontakt mellan involverade parter vid behov av snabbt realtidsöverläggande med annan aktör vid delat multiorganisatoriskt ansvar för gemensam patient.

Vårdformen medför återkommande sammmansatta patientuppdrag (målgrupp 1) eller avgränsade insatser (målgrupp 2), som oavsett målgrupp ofta inbegriper dynamiska beslutsuppgifter och därigenom potentiellt karaktärsmässigt komplexa operationer - per patient! En initialt till synes karaktärsmässigt enklare (och välavgränsad) komplicerad operation (per patient), kan således samtidigt eller mer eller mindre snabbt eller oväntat övergå till en karaktärsmässigt komplex operation (per patient). Detta är en ledningsmässigt extraordinär situation eftersom definitionsmässigt komplexa operationer är dels ledningsmässigt resurskrävande, och kan dels kräva decentraliserade ledningskoncept med praktiskt utrymme för handlingsfrihet, improvisation och självsynkronisering (Brehmer, 2009b; 2010a; 2011).

Patientuppdragens och de avgränsade insatsernas innehåll och omfattning, inverkar på patientuppdragens karaktärsdrag och därmed på ledningsmässig resursåtgång och val lämpligt ledningskoncept. Det som avgör patientuppdragens och de avgränsade insatsernas karaktärsdrag inom vårdformen och därmed den ledningsmässiga resursåtgången, handlar främst om:

- Antalet involverade vårdaktörer runt patienten
- Patientens vårdkontaktter och pågående behandlingar (akuta/oplanerade/planerade)
- Omfattningen av patientens omvårdnads- och tillsynsbehov
- Hur föränderligt/instabilt patientens sjukdomstillstånd och/eller vårdbehov är (nuläge som över tid)
- Patientens sjuklighet (antalet diagnoser/sjukdomar)
- Patientens förmåga till engenvårdsansvar och egenvårdinsatser
- Patientens tillgång/möjlighet till hjälp/stöd av närstående i hemmet
- Patientens boende och hemmet utformning avseende botandsanpassningsbehov och nödvändiga hjälpmedel

Lejonparten av ASiH-anslutna patienter i vårdformen 2008, utgörs till cirka 67 procent av patienter med obotliga cancersjukdomar tillhörande målgrupp 1 (i palliativa team). Cancerpatienterna innebär i huvudsak helhetsansvar för ASiH, varför vårdcentral kopplats bort. Rörande ASiHs resterande anslutna målgrupp 2-patienter (cirka 33 procent i medicinskt team), så bistår ASiH remittenterna med överrenskomna avancerade sjukvårdsinsatser.[156] Målgrupp 2

[156] För överblick - se figur 21, kapitel 4.2.2.

innebär ett avtalat patientuppdrag med ofta avgränsade eller tidsbegränsade insatser, varför vårdformen i det fallet betyder såväl ett behandlingsmässigt delansvar över en patients sjuklighet som ett organisatoriskt delat ansvar över en gemensam patient. Målgrupp 2 patienter har andra allvarliga diagnoser och sjukdomstillstånd än cancer, som till exempel fortskridande svår: hjärtsvikt, lungsjukdom och neurologisk sjukdom (ofta ALS eller MS). I målgrupp 2 ingår även patienter i behov av antingen enstaka och tillfälliga, tidsmässigt korta- eller längre sjukvårdsinsatser. Detta handlar främst om monitorering av patientvärden (vikt, ekg, blodtryck med mera), samt om blodprovstagning och tillförsel intravenöst i form av; blodtransfusion, näringsvätskor och läkemedel mot olika slags infektioner eller annan sjukdom. Målgrupp 2 innefattar också insatser till vårdtagare på särskilda boenden, samt insatser till barn med uppgivenhetssyndrom (så kallade apatiska barn).

Det ledningsproblematiska utgångsläget 2008 för patientmålgrupperna försvåras av olika praktiskt försvårande omständigheter som uppmärksammats inom fem områden, vilka även inverkar på varandra:

- Delat ansvar (risk för oklara ansvarsförhållanden)
- Ensamarbetete och tidspress
- Varierande erfarenhet, förtrogenhet och kompetens rörande arbetsuppgifter
- Icke ändamålsenliga kommunikationsformer och forum
- Icke ändamålsenliga tekniska hjälpmedel för skriftligt informationsutbyte och muntlig kommunikation

Ovanstående ledningsproblematik är i paritet med dels patienters unikum, och dels de praktiskt försvårande problem som summerats i kapitel 7:

- *Patienters unikum*, där den icke standardiserade patienten och förekomsten och kombinationen av olika patientunika aspekter och omständigheter gör det mer eller mindre svårt att genomföra avancerad hemsjukvård på ett ändamålsenligt och säkert sätt.
- *Praktiskt försvårande omständigheter*, där delat ansvar, kompetensfrågor, ensamarbete och tidspress, icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsforum och former samt tekniska hjälpmedel gör det mer eller mindre svårt att vårdpraktiskt genomföra uppdrag på ett säkert sätt inom ramen för vårdformen.

Påvisad ledningsproblematik med brist på ledning och lämpligt ledningsstöd förorsakar dels friktioner och dels ett ledningsvakuum. Risk för ledningsvakuum är särskilt påtagbart dels vid (1) vårdformsskiften (byte till lägre vårdnivå), och när behov av gemensamma vårdplaneringar föreligger. Samt vid (2) delat medicinskt ansvar mellan aktörer, och när genomförande av riskfyllda pågående behandlingar pågår vid en cancersjukdom. Alternativt vid behandlingar av patienter med en sammansatt sjukdomsbild, där det föreligger flera olika diagnoser/sjukdomar som behöver hanteras och som kan inverka på varandra. Vårdformen kan således inbegripa potentiella komplexa operationer, och dynamiska dynamiska beslutsuppgifter för varje enskild ansluten patients räkning.

Graden av patienters sjuklighet och pågående behandlingar med möjlighet till många olika och parallella pågående vårdkontakter med vård- och omsorgsinsatser, kan av patientsäkerhetsskäl kräva både kontroll och överblick över såväl symtombilden som sjukdomsförloppets progress.

Involverade aktörer ställs genom ovanstående omständigheter inför en svåröverskådlig vårdsituation när flera parter involveras, vilket samtidigt innebär en riskfylld och tungarbetad vårdsituation. Ledningssituationen inom vårdformen framstår som kognitivt belastande för involverad personal, genom mindre ändamålsenliga hjälpmedel. Detta rör inte minst informations- och kommunikationsbehov i realtid, vilket kan behöva ske över geografiska avstånd - vilket blir extra påtagbart omkring gemensamma patienter med delat ansvar med andra aktörer.

Under perioden första september till och med sista december 2008, så inkom till ASiH 336 digitala remisser[157] på fyra månader från 116 olika typer av remitterande verksamheter och organisationer. Dessa remisser avser förfrågningar av olika remitterande läkare rörande vård för patienters räkning inom ramen för vårdformen ASiH, vilket samtidigt betyder 116 möjliga samverkanspartners (remiterande verksamhetsenheter)! De remitterande personerna utgörs utöver av antalet remitterande enheter (116) av *olika* personer i påtagbar utsträckning. Ett betydande antal remitterande personer i olika varierande verksamheter förekommerligger således inom vårdformen, vilket därigenom inverkar på vårdformen ASiHs praktiskt möjliga ledningsmetodik.

Förekomsten av patientuppdrag (remisser) med oklara och vida önskemål om ett snabbt övertagande av patienter, medför av patientsäkerhetsskäl resurskrävande inventeringar och efterforskningsarbeten samt bedömningsbesök inför eventuell anslutning från ASIHs sida. Detta indikerar vårdplatsbrist och att remitteringsförfarandet kan medföra ett patientsäkerhetsrelaterat resursslöseri inom hälso- och sjukvården som helhet. Dels eftersom ASIHs resurser riskerar användas på fel sätt och på till exempel icke anslutna patienter, dels att svårt sjuka patienter med sammansatta vårdbehov snabbt kan ”övervältras” till en för patienten mindre genomtänkt vårdform med risk för snabb retur till akutvårdsinrättning igen. Genom detta kan även larmcentraler och ambulansverksamheter riskera överbelastas och användas som ett slags förlängning av sjukhuskorridoren mellan hemmet och sjukhuset.

De patientuppdrag (remisser) som inkommer och hanteras inom ramen för ASiH, inrymmer olika mängd (omfattning), typ och frekvens av vård- och omsorgsinsatser - där det råder varierande tillsynsbehov mellan patienter (som i sig även kan variera per patient över tid). Samtidigt som såväl patientens egenvårdsförmåga som eventuell närståendes förmåga till insatser givetvis varierar. Detta gäller även bostadens utformning och hemmets geografiska belägenhet (med olika framkomlighet och transporttid för personal). Patienter, närstående och hemmets utformning och belägenhet, varken kan eller kommer givetvis att kunna standardiseras. Variation och svårförutsägbarhet ligger i all hemsjukvårds "natur".

[157] Detta avser remisser till ASiHs tre team 2008 (inte basalt team), se figur 21 i kapitel 4.2.2. Utöver 336 digitala remisser, så inkom 44 pappersremisser som utgör kvalitativt analysunderlag - se kapitel 6.2.2.

Ovanstående innebär ledningsmässigt att det föreligger en betydande och troligen mindre kartlagd variationsrikedom rörande patientuppdragens karaktärsmässiga innebörd (vad avser resursåtgångsfrågan), vilket medför en ofrånkomligt stor osäkerhet i ledningssituationen vad avser en intermediär multiorganisatorisk vårdform. Detta är av stor betydelse på den fiktiva strategiska ledningsnivån, eftersom stor oklar variationsrikedom på lägre fiktiva ledningsnivåer, försvårar planering av förväntad resursåtgång - vilket samtidigt krävs för korrekt behovsstyrd resurstillförsel på för vårdformen fiktiv operativ och taktisk nivå. Samtidigt som denna osäkerhet om vårdplatsens geografiska belägenhet försvårar bedömning av resursåtgång rörande transportlogistik för insatser i hemmet, och i synnerhet om antalet patienter i hemmet ytterligare ökar framöver. Problembilden talar för att det krävs ledning för att kunna överblicka och möjliggöra planering för patientsäker och resurseffektivt utnyttjande inom ramen för vårdformen ASiH.

8.3.2 Ledningsmässigt önskat slutläge

Vårdpraktikens säkerhetsrelaterade problembild visar att den intermediära och multiorganisatoriska vårdformen aktualiserar ledningsbehov av patientsäkerhetsskäl, vilket främst synliggörs genom ledningssvårigheter i samband med remitteringsförfarandet och i genomförandet av de patientuppdrag som kan betraktas som komplexa då de innefattar dynamiska beslutsuppgifter.

Inom ramen för vårdformen 2008 så kan därigenom ett ledningsmässigt önskat slutläge (end state[158]) formuleras som att vårdformens hypotetiska ledningssystem behöver för varje presumtiv enskild patients räkning kunna klara av att åstadkomma:

> [...] önskvärda effekter med hjälp av hälso- och sjukvården och omsorgen – d v s så mycket hälsa och välbefinnande som är möjligt till minsta möjliga resursmässiga åtgång genom att möjliggöra samordning och/eller gemensam inriktning/harmoni av olika lämpliga/nödvändiga insatser för en välfungerande, säker, värdig och ändamålsenlig vård (Lagerstedt, 2012, s. 150)[159].

Med utgångspunkt från ledningsproblematiskt utgångsläge så handlar inriktning på det ledningsmässigt önskade slutläget för vårdformen om att resurseffektiv och patientsäker vård kan, rent hypotetiskt uppnås, med följande effektmål:

- Det ledningssystem som gestaltar sig (per patientuppdrag eller insats), möter de krav som ledningsfunktionen ställer relaterat till patientuppdragens karaktärsdrag.
- Det finns juridiskt och praktiskt utrymme för olika ledningskoncept inom ramen för vårdformen.
- Det finns alltid snabb tillgång till specialistkompetens och befogenhet i frontlinjen för patientens räkning.

[158] Eng. *End State* är ett militärt uttryck för den uppsättning nödvändiga villkor som definierat att ett slutmål uppnåtts, (www.militaryfactory.com). Svensk motsvarighet benämns *slutläge*, som definieras som: "De av svenska regeringen uttalade förhållanden som definierar ett acceptabelt avslut i den situation där svenska försvaret är engagerat (Handbok Svensk Planerings- och ledningsmetod, 2015, s. 237)".

[159] Den hypotetiska ledningens syfte (så som formulerats av mig i detta textavsnitt), går därmed även helt i linje med vårdavtalets beskrivning av insatsernas syfte och målsättning 2008 (se kapitel 4.2).

- Det finns sambandstekniska ledningsstöd som underlättar mellanmänskliga samspel över sociala och organisatoriska gränsytor - oavsett konstellationer, vilket möjliggörs även på distans i ett virituellt ledningsrum.

- Det finns en insatsledningsorganisation som slussar patientuppdragen till rätt vårdnivå, så att nödvändiga aktörer snabbt kommer i förbindelse med varandra för patientens räkning.

- Det finns en ledningsdoktrin som står i paritet med de ledningsbehov som en intermediär och multiorganisatorisk vårdform kräver för säker och resurseffektiv vård.

- Det finns ekonomiska incitament som främjar patientunikt utformade multiorganisatoriska samarbeten.

- Detaljreglering är minimerat i frontlinjen till förmån för handlingsfrihet och improvisation för vårdpraktiker, så självsynkronisering eller harmonisering kan tillämpas när så är påkallat.

- Patientuppdragen (remisserna) är tydliga och beaktar såväl inåtriktade som utåtriktade ledningsaspekter.

8.3.3 Ledningsfunktionens villkor med möjlig design

Forskningsstudiens första fas visar att det går både begripliggöra och rent hypotetiskt åtgärda patientsäkerhetsproblematiken, genom ett för hälso- och sjukvården nytt sätt att se på syftet med ledning och ledningssystem. Detta eftersom patentsäkerhetsproblematiken kan betraktas som förorsakat av brist på ledning av dels patienthanteringen vid vårdformsskiften, dels av och under genomförandet av patienters vård inom vårdformen. När ledning handlar om inriktning eller samordning med hjälp av till exempel ledningsmetodiken harmonisering, så utgör ledning en proaktiv säkerhetsstrategi i samband med vårdformen. Ett nytt (komplementärt) syfte med ledning förutsätter dock att olika förbättringsinsatser och funktioner finns på plats. Det kräver förändring på flera olika fiktiva ledningsnivåer inom hälso- och sjukvårdsdomänen.

Det behövs ett lättillgängligt och smidigt forum, som främjar och underlättar dels för ledning i samband med remitteringsförfarandet, och dels vid gemensamma vårdplaneringar. Forumet avser främst utskrivning från sjukhus, men kan också understödja genomförandet av såväl större sammansatta patientuppdrag som andra avgränsade varierande insatser som bedrivs inom ramen för en intermediär och multiorganisatorisk vårdform. Ledningsproblem och onödiga friktioner undviks vid vårdformen om ändamålsenliga kommunikationshjälpmedel och forum för samband i realtid finns eller snabbt kan skapas vid behov.

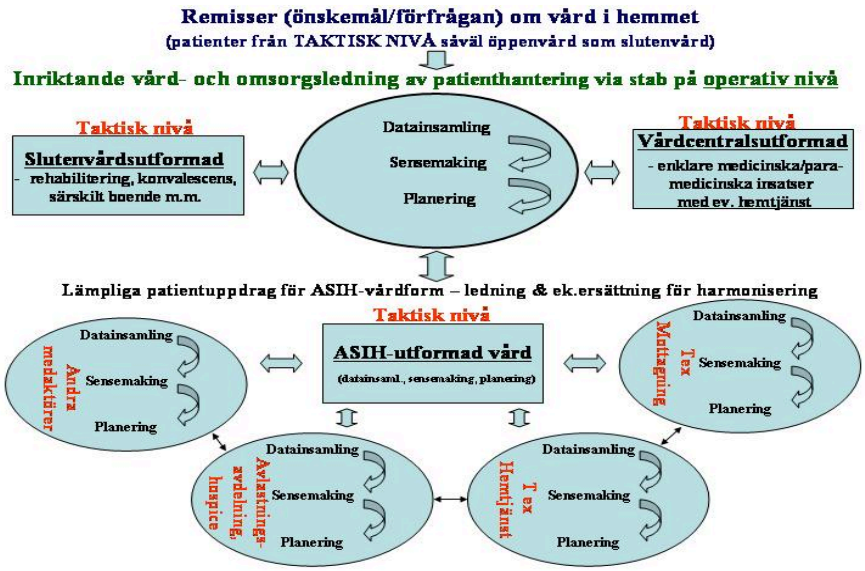
En ledningsfunktion kan förhindra kostsam, riskfylld och snabb retur till akutsjukhus, vilket inte sällan kan bli fallet genom fördröjda eller uteblivna nödvändiga patientinsatser efter utskrivning från sjukhus. Samtidigt som resurskrävande bedömningsbesök i hemmet och arbetsinsatser från remissmottagaren (exemplet ASiH), kan stoppas genom ledning. Bedömningsbesök utgör en resurskrävande aktivitet, som inte nödvändigtvis leder till varken inskrivning eller ersättning till enskild remissmottagare (ASiH i detta fall). På så sätt kan ledning minimera resursslöseri. Av patientsäkerhetsskäl krävs att viss organisering kommer till stånd, som förmår understödja den multiorganisatoriska intermediära vårdformens hypotetiska ledningssystem - inom vilket patientuppdrag och begränsade insatser genomförs i mer eller mindre samspel mellan varierande aktörer i patientunika samarbetskonstellationer.

Inom ramen för en intermediär multiorganisatorisk vårdform, så kan påtagbara ledningsbehov uppmärksammas genom detsamma. Dessa ledningsbehov behöver praktiskt mötas, och lösas för att en patientsäkrare vård- och omsorg ska kunna understödjas genom att ett ledningsvakuum förhindras.

Vårdformens främsta ledningsbehov har uppmärksammats inom två områden:

- dels ledning på en fiktiv operativ nivå avseende patienthanteringen[160] vid vårdformsskiften,
- dels ledning på en fiktiv lägre och motsvarande taktisk och/eller ”vårdteknisk” nivå avseende olika patienters vård när t ex vårdformen ASiH väl aktualiserats och därmed pågår.

Ledningsbehov rörande (1) patienthanteringen och (2) rörande patienters pågående vård, kan utifrån föreliggande villkor 2008 begripliggöras illustrerat i nedanstående möjliga design (se figur 24). Utifrån uppmärksammade ledningsbehov, så kan organisatoriskt stödbehov sammanfattas som en adminstrativ förberedande vårdplaneringslikande ledningsfunktion, på en fiktiv operativ ledningsnivå med ansvar att bistå i patienthantering vid vårdformskiften. I synnerhet när patienter avser behandlas och vårdas i hemmet i samband med svåra obotliga sjukdomstillstånd med sammansatta och dynamiska vårdbehov. Det är möjligt funktionen kan vidareutvecklas utifrån tankegångar om ”vårdlotsar”, men med skillnaden att det snarare är tal om en lotsfunktion. Det vill säga motvarande ”vårdlotsstation”, med därtill lämplig bemanning med kompetensmässiga förmåga att bedöma och färdas i vårdens och omsorgens farvatten. Detta innebär en remissinstanssfunktion som i praktiken skapar uppdrag som riktas vidare till lämplig vårdinrättning, en ledningsfunktion som hypotetiskt åskådliggörs enligt nedan:



Figur 24 Inriktande vård- och omsorgsledning – en hypotetisk ledningsmodell,(Lagerstedt, 2012, s. 151).

[160] Med patienthantering avser jag de patientrelaterade aktiviteter som framträtt som patientsäkerhetsmässigt nödvändigt i samband med vårdformsskifte - och som kan förhindra ett ledningsvakuum.

9. Delstudie 3: ASiH, nätverksjukvården och ledningsfrågan 2013

I kapitel 9 presenteras delstudie tre i forskningsstudiens andra fas. Med en kritisk hermenutisk ansats har en explorativ nulägesanalys genomförts, med empirisk utgångspunkt från exemplet ASiH i en dynamisk omställningsfas 2012-2013-. Kapitlet bygger på icke numeriska datamaterial, från djupgående intervjuer, nya patientuppdrag, inventerande fältbesök, informella samtal och betydelsefulla nytillkomna styrdokument sedan 2008. Delsstudiens resultat presenteras kronologiskt i olika steg utifrån teman som i huvudsak berör (1) det empiriska exemplet ASiHs förändring från 2008 fram tills 2012-2013-, (2) skillnader jämfört med den första fasen (2008) samt (3) uppdaterande summering av vårdpraktiskt försvårande omständigheter för säker vård i samverkan från 2013 genom landstingets inriktning mot nätverkssjukvård. Delstudiens design, genomförande, analysens metodmässiga tillvägagångssätt och framställning av resultat, återges i inledande metodavsnitt.

Den tredje delstudien har ett explorativt syfte med inslag av ett kritiskt hermeneutiskt förhållningssätt, där olika icke kvalitativa datamaterial explorerats och analyserats utifrån en mer deduktiv ansats jämfört med forskningsstudiens första fas. Delstudie tre utgör därigenom både utgångspunkt och komplementering till datamaterial och resultat från avhandlingens två första induktiva delstudier. Genom en Riktad innehållsanalytisk metodansats (Hsiu-Fang och Shannon, 2005) har ASiHs utveckling sedan 2008 och den förändring som aktualiserades och pågick 2012-2013- explorerats, med tematisk utgångspunkt från tidigare forskningsfynd[161].

Kapitlet ger en uppdaterad nulägesbild av möjligt fortsatt ledningsbehov med utgångspunkt från ASiH som en intermediär multiorganisatorisk vårdform (IMV), där ASiH från 2013 utgör en del av landstingets vision om nätverkssjukvård (NVS). I fokus för delstudie tre står (1) den förändring och omställning som skett och pågår sedan 2008 (av betydelse för exemplet ASiH), samt (2) aktualiteten av tidigare problembild från 2008 avseende uppmärksammade ledningsbehov för att erhålla säker vård i samband med en intermediär och multiorganisatorisk vårdform. I delstudie tre har ASiH betraktats som sjukvårdsproduktion i förändring och utveckling från 2013, där avancerad sjukvård erbjuds allt fler patienter (med flera nya sjukdomstillstånd) i hemmet - istället för inneliggandes på sluten vårdinrättning (till exempel ett sjukhus eller hospice)[162].

9.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med delstudien var att undersöka innebörden av den förändring och omställning som skett sedan 2008, när det gäller transformationens betydelse för tidigare forskningsfynd[163] om ledningsbehov för säker vård i samband med intermediär multiorganisatorisk vård.

- I vilket avseende har det skett en förändring och omställning av betydelse för ASiH som verksamhet?
- I vilken utsträckning är problembilden från 2008 med ledningsbehov för säker vård ännu relevant?
- Vad betyder ASiHs inriktning och transformation i vårdpraktisk frontlinje från 2013?
- Vilka möjliga ledningssvårigheter för säker vård kan uppmärksammas genom inriktningen mot mer samverkan inom ramen för nätverkssjukvård från 2013?

[161] Vårdpraktiskt försvårande omständigheter av betydelse för säker intermediär och multiorganisatorisk vård i samband med ASiH, se kapitel 7 samt detta metodavsnitt (kapitel 9).
[162] Med sluten vårdinrättning avser jag en personalbemannad verksamhet (med egna läkare), som kan erbjuda patienter heldygnsvistelse under såväl kortare som längre tid - alternativt utan slutdatum.
[163]Tidigare redovisade resultat från forskningsstudiens första fas (kapitel 5-8), (Lagerstedt, 2012).

9.2 Metod

Forskningsstudiens andra fas inleddes hösten 2012 med inventerande fältbesök, och en interaktiv forskningsambition[164] med ASiH-företrädare i ledande befattning - i samma verksamhet som utgjort det empiriska exemplet i Lagerstedt (2012). Bakgrunden var den betydande nyorientering och omställning som ASiH stod inför. I linje med vad Wigblad och Jonsson (2008, s. 325) benämner som ”praktikertankning” eftersträvades initialt (som i forskningsstudiens första fas) en gemensamt angelägen säkerhetsrelaterad problemställning (sprungen ur vårdpraktikens behov).

En stor, snabb och dynamisk omställningsprocess visade sig oväntat metodmässigt svårt att praktiskt hantera i realtid, vilket satte gränser för vad som var möjligt att undersöka och säga något om. Efter dialog med verksamhetsföreträdare i arbetsledande befattning, så utkristalliserades temat ”samverkan för säker vård” som aktuell fråga. Organisationsöverskridande vårdpraktiskt realtidssamspel mellan yrkesutövare hos olika inolverade vårdaktörer, framstod som fortsatt angeläget för att kunna optimera resursutnyttjandet såväl internt som externt. Detta inte minst för att möjliggöra säker och ändamålsenlig vård, för ett större antal patienters räkning i hemmet.

Samverkansfrågans betydelse för säker avancerad vård för allt fler patienter i hemmet genom NVS, visade sig kräva betydande uppdatering och fördjupad förståelse för ASiH i ny framträdande ”samspelskontext”. Delvis genom visionen om NVS, och delvis genom den tidsperiod som förflutit sedan forskningsstudiens första fas (2008). Samtidigt som ASiH genomgick en betydande förändring och omställning hösten 2012. Detta genom nytt vårdavtal med vårdval och konkurrensutsättning för vårdgrenen ASiH, för att träda i kraft 15e januari 2013.

För att undersöka innebörden av den förändring som skett sedan 2008, rörande dess betydelse för möjligt fortsatt ledningsbehov för säker vård - så har en explorativ nulägesanalys genomförts utifrån ett större nytillkommet kvalitativt kunskapsmaterial. Detta handlar om data som inhämtats främst genom djupgående intervjuer, inventerande fältbesök, journalhandlingar, fältanteckningar från informella samtal samt olika nytillkomna styrdokument och offentliga handlingar.

Genom en explorativ nulägesanalys har klarhet sökts i vad som hänt, pågår och berör det empiriska exemplet ASiH sedan 2008 jämfört med 2013 - beaktat i vidare vårdkontextuell bemärkelse. Nytt vetenskapligt kunskapsmaterial har därför utvecklats i tre temaområden:

- ASiHs utveckling sedan 2008 med ändrad inriktning mot bredare patientmålgrupper från 2013-
- Samverkansfrågan: det vårdpraktiskt betydelsefulla för säker vård i nätverk.
- Resultaten från 2008 - dess relevans rörande ledningsfrågan för säker vård genom ASiHs transformation från 2013

[164] Med interaktiv forskningsambition syftar jag på Wigblad och Jonssons (2008) synsätt på detsamma, se i kapitel 2.3 rörande Forskningsmetodik och vetenskapligt förhållningssätt.

Delstudien är kritiskt hermeneutiskt präglad, där jag själv står för tolkning utan respondentvalidering. Studiens karaktär och design med ett teoretiskt explorativt syfte - relaterat till såväl gamla som nya data, samt att en snabb omställningsprocess för informanter innebar att respondentvalidering inte bedömts bidra till ökad trovärdighet.

9.2.1 Metodval och forskningsansats

Utifrån en deduktiv ansats har en explorativ nulägesanalys genomförts av ASiH betraktat som ny sjukvårdsproduktion, med hjälp av en Riktad innehållsanalysmetod (Hsiu-Fang och Shannon, 2005). Genom syftet så har två datainsamlingsmetoder aktualiserats av explorativa och triangulerande[165] skäl; djupgående intervjuer och dokumentstudier. Enligt Hsiu-Fang och Shannon (2005) kan studiens syfte och vad som ska undersökas även avgöra vilken typ av kvalitativ innehållsanalysmetod som är lämplig. Tre former av innehållsanalysmetoder omnämns: Konventionell innehållsanalys (conventional content analysis), Riktad innehållsanalys (directed content analysis) samt Summerande innehållsanalys (summative content analysis). Konventionell analys är induktiv, förutsättningslös och teorigenererande, medan Riktad analys är mer strukterad, deduktiv och teoretiskt jämförande. I en summerande analys identifieras/fokuseras något specifikt, med fokus på kontextuell förståelse och underliggande meningar (Hsiu-Fang och Shannon, 2005).

För att få en så rättvisande nulägesbild som möjligt, så har datamaterial från såväl djupgående intervjuer, journalhandlingar (remisser = nya patientuppdrag) som nytillkomna styrdokument studerats och analyserats utifrån vad (Hsiu-Fang och Shannon, 2005) benämner som en Riktad innehållsanalysmetod. Det innebär att tidigare forskningsfynd (problembilden) med ledningsbehov från 2008 utgjort ett tematiskt utgångsläge och referensram. Studien är därmed också summerande till sin karaktär, rörande såväl ASiH som sjukvårdsproduktion som möjlig ledningsmässig innebörd jämfört med 2008.

Enligt Widerberg (2002) kan teoretiska perspektiv inspirera och översättas av forskaren, för att ”prövas” genom utformning av frågor - samtidigt som detta inte är riskfritt då det kan begränsa forskarens seende:

> Om det är vissa teoretiker som man finner särskilt stimulerande, kan man försöka ”översätta” deras perspektiv till det tema man själv vill utforska och se vad det får för konsekvenser, exempelvis för vilka frågor man kan ställa och hur de kan ställas [...] Teorier och metateorier utgör således alltid en mer eller mindre synlig bakgrund för kvalitativ forskningsdesign. Samtidigt bör det understyrkas att ett viktigt syfte – om än inte det enda - med kvalitativa forskning är att utforska ett nytt område eller göra det på ett nytt sätt. Kort sagt: att explorera. Och då kan ett alltför teoristyrt angreppssätt snarare vara ett hinder än en tillgång. En poäng med kvalitativ forskning är att man måste vara öppen för det oväntade och låta det komma till tals. Det är ju för att vi inte vet, utan vill utforska och reda ut, som vi bedriver kvalitativ forskning (Widerberg, 2002, s. 35).

Utifrån Widerbergs (2002) resonemang har jag inspirerats av ”misstankens hermeneutik”[166], för att eftersträva ett öppnare sinne med en kritisk och reflexiv inställning till det nya framträ-

[165] För triangulering se kapitel 2.3.4.
[166] Se kapitel 2.3.1 rörande misstankens hermeneutik som inspirerande ledstjärna i forskningsstudiens andra fas (delstudie 3).

dande. Detta för att undvika söka enbart bekräftelse av tidigare uppmärksammade ledningsbehov, men främst för att utveckla ett trovärdigt komplementärt och komparativt kunskapsunderlag till forskningsstudiens första fas. Delstudie tre ger en uppdaterad bild av intermediära multiorganisatoriska vård inom ramen för ASiH 2013, och möjliga fortsatta ledningsbehov. Samtidigt som en teoretisk ”omprövning” möjliggörs utifrån tidigare problembild, med uppmärksammade säkerhetsrelaterade ledningsbehov 2008.

9.2.1.1 Intervjustudien

Intervjustudien innefattar 17 djupgående intervjuer, vilka genomförts med deduktivt explorativt förhållningssätt och tematisk utgångspunkt från tidigare forskningsfynd 2008. Av 17 intervjuer är 12 intervjuer med personal från ASiH. För ökad förståelse rörande samverkansfrågan, så har ytterligare fem intervjuer genomförts med externa informanter som pekats ut av ASiH. Dessa fem externa intervjuer ger en bild av tre sedan tidigare välkända och fortsatt viktiga samverkansaktörer för ASiH från 2013:

- Slutenvårdsavdelning (hjärtsjukvård), representerat av en läkare och sjuksköterska med chefsbefattning
- Öppenvårdsmottagning på sjukhus, representerat av en kontaktsjuksköterska[167] för cancerpatienter
- En större vårdcentral, representerat av en hemsjukvårdsläkare och distriktssköterska

9.2.1.2 Nytillkomna styrdokument och ramvillkor

Med vägledning från ledande företrädare inom verksamhetsexemplet ASiH, och utifrån vad som framkommit genom intervjustudien - så har nytillkomna styrdokument med nya ramvillkor kunnat identifieras. Den viktigaste datakälla som explorerats är handlingar relaterat till nytt vårdavtal för ASiH, samt annan betydelsefull information som riktas från beställare till vårdgivare (via en webb-portal) inom ramen för aktuellt landsting.

9.2.1.3 Journalhandlingar

På samma sätt som i forskningsstudiens första fas 2008, har en större mängd patientuppdrag (remisser)[168] explorerats. I andra fasen har remisser studerats deduktivt (jämfört med 2008), rörande tre tidsperioder i olika syfte. Detta främst för numerisk klarhet och en kvalitativt uppdaterad bild av ASiHs inkommande och förestående patientuppdrag från 2013.

Det först nämnda (numerisk klarhet) handlar om antalet inkommande remisser till ASiH, och från hur många olika remitterande enheter de anländer - det vill säga *antalet* "avsändare" (jämfört med 2008). Detta eftersom det kan säga något om ett förändrat eller nytt samverkansbehov för säker vård, och därigenom möjligt fortsatt ledningsbehov för säker vård. Det icke-numeriska avser vilka förekommande inkommande patientuppdrag (karaktärsdragen) inom ramen för ASiH (jämfört med 2008).

---

[167] Enligt 1177 vårdguiden (för x-landstinget) är kontaktsjuksköterskans funktion att bidra till cancerpatientens trygghet och delaktighet, genom att främja ett bättre omhändertagande under sjukdomstiden med till exempel råd, stöd och samordning rörande vård och behandling av sjukdomen.
[168] Journalhandling med läkarförfrågan om vård på ASiH.

9.2.2 Urval och genomförande

Vad avser urval av informanter för intervjuer samt val av kvalitativt datamaterial, så har nytt material eftersökts som förmår tillföra ny kunskap, komplettera, utmana och "pröva" tidigare problembild med uppmärksammade ledningsbehov för säker vård i samband med vårdformen ASiH 2008. Forskningsintresset har riktats mot exemplet ASiH för att undersöka betydelsen av den utveckling som skett sedan 2008, och omställningens innebörd genom nytt uppdrag utifrån vårdavtal som trädde i kraft 15 januari 2013. Vårdavtalet betyder nytillkomna förändrade ramvillkor och bredare utvidgade patientuppdrag med nya patientmålgrupper för ASiH. Detta genom landstingets framtidsplan med strävandet mot NVS, vilket bygger på förutsätter välfungerande samverkan mellan för patienten nödvändiga vårdaktörer.

9.2.2.1 Intervjustudien

Intervjustudien har likheter med den intervjustudie som genomfördes 2008 (delstudie 1), där fördjupad förståelse sökts för kontexten - vilket Widerberg (2002, s. 128-129) framhåller som angeläget. Samtidigt som jag eftersträvat utrymme när tillfälle givits för mer informella och fria reflexioner under ett samtal (Spradley, 1979, s. 58). Personal (inom och utom ASiH) har pekats ut och tillfrågats muntligt av en ledande företrädare inom ASiH, varefter information delgivits brevledes om medverkan i intervjuer i linje med HFSR etikregler (Vetenskapsrådet, 1990). I brev framgick att intervjun var en vidareutveckling av en tidigare studie vid ASiH, och avsåg erfarenheter och uppfattningar rörande främst samverkansfrågor och dess betydelse för en säkrare avancerad vård i hemmet genom nytt verksamhetsuppdrag med nya patientmålgrupper. Urval präglas därmed av vad Merriam (2006, s. 62-65) benämner som ett målinriktat och teoretiskt urval, och är såväl extremt som unikt och baserat på personlig kännedom. Extremt och unikt i den bemärkelsen att intervjustudien inrymmer informanter där samtliga har en mycket gedigen och mångårig yrkeserfarenhet av hälso- och sjukvården och ASiH i synnerhet, och där många informanter även har olika slags specialistutbildningar inom en mängd för ASiH kompetensmässigt viktiga specialistområden. Detta baserat på kännedom, eftersom en ledande företrädare på ASiH (expert) pekat ut och förberett de informater (internt och externt) som bedömdes ha förtrogenhet nog att förmedla en bild rörande ASiHs förändring och pågående utveckling jämfört med 2008 inbegripet samverkansaspekten för säker vård.

Av de 17 intervjuer som genomförts så är 12 informanter från ASiHs verksamhet, där fyra av 12 medarbetare (en läkare, två undersköterskor samt en sjuksköterska) även ingick i den första intervjustudien 2008. Resterande åtta informanter på ASiH utgörs av mycket erfarna medarbetare; tre läkare och fem sjuksköterskor. Fem ytterligare intervjuer har genomförts med personal tillhörande vårdverksamhetsaktörer som pekats ut som viktiga samarbetspartners till ASiH; där två läkare intervjuats, varav en i basal hemsjukvård (distriktsläkare på vårdcentral) och en hjärtläkare (specialist på sjukhus). Därutöver har även tre sjuksköterskor utanför ASiH intervjuats; chefssjuksköterska (på hjärtsjukvårdsavdelning), distriktssköterska (basal hemsjukvård på vårdcentral) samt en kontaktsjuksköterska (öppenvårdsavdelning för cancerpatienter på sjukhus). Av de totalt 17 informanter som medverkat var tre av läkarna män, och två var kvinnor. Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor var kvinnor. Alla är

mycket erfarna medarbetare med mångårig[169] erfarenhet, där de flesta är tillhörande åldersgruppen 45+ - varav fyra informanter på ASiH även medverkade i den första intervjustudien 2008.

Följande tematiska frågor har präglat intervjuns genomförande:

- Utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet?
- "Samverkan för säker vård" - vårdpraktiska erfarenheter av behov, möjligheter och svårigheter i samband med en intermediär multiorganisatorisk vårdsituation?
- Arbetsmetoder, stödsystem/hjälpmedel, organisering och/eller teknik som kan understödja vårdpraktisk samverkan för säker vård?
- "Olämpliga" ASiH-patienter - finns det, och i såfall varför?
- En personlig önskelista: den bästa av alla tänkbara världar, vad krävs för säker intermediär multiorganisatorisk vård?

Med utgångspunkt från tidigare forskningsfynd (uppmärksammat ledningsbehov 2008), har samverkan för säker vård explorerats som en presumtiv fortsatt ledningsfråga i samband med:

- Patienthantering i samband med vårdformsskiften
- Vård i ASiHs regi som aktualiserats och pågår

9.2.2.2 Nytillkomna styrdokument och ramvillkor

Urval av styrdokument och handlingar av betydelse för ASiHs ramvillkor, har avgjorts av vad som framkommit som viktiga förändringar av vårdpraktikens förutsättningar och premisser - av betydelse för både forskningsfrågan och ASiHs nya vårdpraktiska uppdrag. Tillvägagångssättet i genomgång av nytillkomna styrdokument och ramvillkor har i likhet med den explorativa litteraturstudien (se kapitel 2.3.3) präglats av min tolkning av Choos (1999, s. 24) ”information management cycle”. Därigenom har dokumentinventeringens genomförande samma arbetsgång i strävan efter kontextuell förståelse för ASiHs förändring i vårdpraktiskt hänseende, när det gäller betydelsen för möjliga ledningsbehov för säker vård - inbegripet samverkansfrågan. Dokumentinventeringen synliggör ASiHs utveckling och nya uppdrag, samt utgör ett komplementärt och komparativt underlag till forskningsstudiens första fas (2008). Detta för att undersöka den dåvarande problembildens relevans med möjliga kvarstående, förändrade eller nytillkomna ledningsbehov för säker vård i samband med sjukvårdsproduktion inom ramen för ASiH från 2013. Urval av material har främst vägletts utifrån information och tips som framkommit under studiens genomförande, vilket främst härrör från; personer i ledande befattning, informanter i intervjustudien samt de offentliga handlingar som kunnat nås rörande aktuellt landsting genom en webbaserade portal där beställare riktar instruktioner till vårdgivarna.

[169] Flera med över 20 års yrkespraktisk erfarenhet, och där några även har erfarenhet av ASiH-verksamheter och vård i hemmet från dess start i början av 1980-talet i landstinget.

9.2.2.3 Journalhandlingar

Journalgranskningen av inkommande remisser till ASiH berör tre olika tidsperioder: (1) 15 september 2012 - 14 januari 2013, (2) 15 januari - 14 maj 2013 samt (3) 15 maj - 31 augusti 2013. Avikten var kunskap om förekommande patientuppdrag såväl under ASiHs omställning 2012, som efter introduktion av vårdval 15 januari 2013. Detta möjliggjorde en komplementär och uppdaterad bild av typen av patientuppdrag från 2013, rörande vårdinsatsbehov jämfört med 2008. Samt att kunna diskutera möjliga förändrade, kvarstående eller nya ledningsutmaningar och ledningsbehov för säker vård, utifrån de nya patientuppdragens framträdande karaktärsdrag: komplexa eller komplicerade uppdrag enligt Alberts och Hayes (2007) och Brehmers (2008a; 2009c) definition och terminologi.

Tre olika tidsperioder har explorerats i olika syfte: (1) 15 september 2012 - 14 januari 2013; (2) 15 januari 2013 - 14 maj 2014 samt (3) 15 maj - 31 augusti 2013.

I den första tidsperioden (1) explorerades inkommande remisser till ASiH i ett icke numeriskt syfte, för inledande bild av *förekommande patientuppdrag* jämfört med 2008 - med fokus på hösten 2012 fram tills övergång mot nytt vårdavtal från 15 januari 2013.

I den andra tidsperioden (2) explorerades remisser i såväl ett numeriskt som icke numeriskt syfte, för att dels få numerisk klarhet i *antal inkommande remisser och antal remitterande enheter* till ASiH efter introduktion av vårdval. Dels för att få en icke numerisk bild av *inkommande nya patientuppdrag*, med fokus på nya patientmålgrupper (ej cancerteamens patienter, bara medicinska teamet). Detta då medicinska teamet var det vårdteam som i huvudsak berördes vårdpraktiskt av ASiHs förändrade verksamhetsuppdrag.

Period tre (3) studerades i icke-numeriskt syfte, för att se eventuella *mönster och trender* rörande vilken typ av patientuppdrag som fortsatte inkomma till medicinska teamets nya patientmålgrupper (ej cancerteamens patienter).

Urvalets syfte i period 2 och 3 (icke-numeriskt avseende) som berörde ASiHs nya och bredare allmänmedicinska patientuppdrag, avsåg en ögonblicksbild av vilken typ av inkommande patientgrupper och sjukdomstillstånd som ASiH ställs inför jämfört med 2008.

9.2.3 Bearbetning av data och empiri samt analysprocedur

Bearbetning och analys av nytt kunskapsmaterial har genomförts i olika steg:

Med en Riktad innehållsanalysmetod (Hsiu-Fang och Shannon, 2005) har jag tematiskt explorerat exemplet ASiH med utgångspunkt från de tidigare resultaten av problembild och forskningsfynd 2008, (kapitel 7.2):

Ett nytt vetenskapligt kunskapsmaterial utvecklats i forskningsstudiens andra fas, i form av en uppdaterad bild av ASiH som sjukvårdsproducerande koncept från 2013. Där det mest framträdande och återkommande som bildat mönster rörande detsamma, sammanfattats och lyfts fram ur det samlade materialet.

Tre teman har präglat den explorativa studiens analysprocedur och datasammanfattning:

1. V*årdpraktisk innebörden* genom ASiHs transformation med ny inriktning från 2013-

2. *Möjlig*a skillnader mellan 2008 och 2013- rörande problembilden med förändrade eller nya ledningsbehov för säker vård i samband med sjukvårdslösningen ASiH

3. *Det praktiskt försvårande för säker vård i samverkan (troliga fortsatta ledningssvårigheter) genom* ASiHs förändring och transformation som en del av nätverkssjukvård från 2013-

Med utgångspunkt från tidigare forskningsfynd, så har delstudie tre en mer "statisk" datasammanfattningsprincip med dragning mot vad Eneroth (1986, s. 149-154) benämner "Idealtypsmetod". Detta utifrån iakttagelser i intervjumaterial, nytillkomna styrdokument, ramvillkor, inkluderat nya patientuppdrag, fältstudiebesök och informella samtal.

9.2.3.1 Intervjustudien

När det gäller intervjuteknik, förhållningssätt i intervjusituation samt bearbetning av material, så har jag själv genomfört och transkriberat[170] det bandinspelade intervjumaterialet. Det har vuxit fram utifrån en tematisk intervjumall (se ovan), där intervjun genomförts med ett förfaringssätt som går i linje med delstudie ett (se delstudie 1, kapitel 5). Enligt Repstad (2007) ökar egen transkription närheten till materialet, samtidigt som det enligt Bengtsson (2001) och Giorgi (1997) främjar möjligheten till att studerad företeelse ges mer rättvisa och att åsikter inte tas för givna. Det berör såväl mina egna som informanternas åsikter vid min analys och urval av exempel ur materialet. Detta har jag funnit extra angeläget, eftersom jag varken fann respondentvalidering som vetenskapligt försvarbart, praktiskt möjligt och således inte värdefullt - främst genom det oväntat dynamiska och snabba omställningsförloppet för ASiH. Men också eftersom de studier som genomförts i forskningsstudiens andra fas per automatik av det snabba skeendet fått en hermeneutisk prägel, i den bemärkelsen att jag själv helt stått för tolkning och utveckling av ett nytt dynamiskt expanderande kunskapsmaterial - utan praktisk möjlighet till respondentvalidering som trovärdigt redskap.

I likhet med delstudie ett 2008 så har jag eftersträvat såväl trygghet, öppenhjärtlighet, följsamhet som reflexion i intervjusituationen (Svensson och Starrin, 1996; Dahlberg, 1997; Dahlberg et al., 2001), och använt probing, speglingsteknik och parafrasering som teknik (Patel och Tebelius, 1987; Jacobsen, 1993, s. 87; Starrin och Svensson, 1996, s.64-65; Malterud, 1998). Detta för att såväl "fånga upp", "validera" som kritiskt pröva relevensen av min retrospektiva teoretiska tolkning, i en analys rörande vårdpraktikernas erfarenheter, föreställningar och önskemål om samverkansfrågan för säker vård i samband med ASiH som sjukvårdslösning. Flera medarbetare var (som i delstudie ett) väl förberedda med lappar, med tankegångar och en rik flora av exempel. Intervjuer har genomförts under arbetstid (dagtid) på överrenskommen plats hos aktuell vårdgivare, och pågått mellan cirka 30-75 minuter. En intervju (med kontaktsjuksköterska) fick kompletteras med anteckningar genom teknikfel. Även för informella intervjulikande samtal och annan information som framkommit i samband med olika fältbesök och telefonsamtal, så har jag fört fältanteckningar.

[170] Min transkription har genomförts i linje med Per Linells (1994) rekommendation för Transkription III, det vill säga där en enklare ordagrann nedteckning av samtalet står i centrum.

När det gäller analys och bearbetning av intervjumaterial så har ett så öppet och kritiskt förhållningssätt som möjligt eftersträvats, genom hermeneutisk prägel i forskningsstudiens andra fas. För att undvika förutfattade meningar, missförstånd och efterhandskonstruktioner - så har Per Linells (1994) rekommendation eftersträvats rörande ordagrann transkription (Transkription III), där en enklare ordagrann nedteckning av samtalet står i centrum. De klamrar som kan hittas i excerpter (citat ur intervjun) det vill säga [xxxx] betyder antingen att ett fackmässigt medicinskt uttryck översatts till en mer ”lekmannamässig” och förståelsevänlig form, eller att ett förtydligande gjorts omkring till exempel en undersökning eller behandling eller annan viktig företeelse. Med hermeneutiska inslag har lyssnandets konst stått i centrum i tolkningsprocessen, där jag gjort det till en syssla att återkommande lyssna av samtliga bandade intervjuer när praktiskt varit möjligt ett upprepat antal gånger: Jag har närmat mig materialet och fört anteckningar och utvecklat reflexioner rörande ASiHs omställning och möjliga ledningsbehov i en ny framträdande presumtiv ledningskontext. Detta utifrån nytt verksamhetsuppdrag, och som en del i det aktuella landstingets framtidsplan och vision mot nätverkssjukvård.

9.2.3.2 Nytillkomna styrdokument och ramvillkor

Den viktigaste datakällan rörande nytillkomna styrdokument, "spelregler" och ramvillkor är ett Förfrågningsunderlag[171] som är relaterat till nytt vårdavtal för ASiH från 15e januri 2013. Samtidigt som annan information som framstått som betydelsefull för multiorganisatorisk samverkan, remisser och visionen om nätverkssjukvård har uppmärksammats. Detta har inneburit att analysprocedur och avgränsning gått hand i hand, i synliggörandet av det som framträder som vårdpraktisk betydelsefullt för säker vård i samband med sjukvårdsproduktion inom ramen för ASiH - varför uppmärksamhet främst riktats mot:

- Ny inriktning och patientuppdrag (patientmålgrupper) inom ramen för ASiH från 2013-
- Nytillkomna styrdokument, spelregler, ramvillkor och landstingets visioner - av vårdpraktisk betydelse för ASiH

9.2.3.3 Journalhandlingar

Journalhandlingar har granskats med liknande urval som 2008 av inkommande remisser till ASiH, avseende hösten 2012 tills hösten 2013. Detta gäller tidpunkten strax innan, under tiden som efter introduktion av ett nytt vårdavtal med vårdval för patienter från 15e januari 2013. Analysen av inkommande remisser haft såväl numeriskt som icke-numeriskt syfte och berört tre olika tidsperioder: (1) 15 september 2012 - 14 januari 2013; (2) 15-januari - 14 maj 2013 samt (3) 15 juni - 30 augusti 2013.

Analys och bearbetning av journalhandlingar för *numerisk* information avser manuell granskning av remisser[172], som registrerats (i excel) med avgränsning på den andra tidsperioden -

[171] Förfrågningsunderlaget är ett omfattande dokument med tillhörande bilagor (totalt cirka 80 sidor) från Beställaren, som beskriver det nya uppdraget med nya krav som samtliga ASiH aktörer ska uppfylla för att få tillstånd att bedriva ASiH i landstinget, se vidare kapitel 9.3.

[172] De uppgifter som registrerats för varje remiss är patientens ålder (indelat enbart på 10-tals intervall, det vill säga inte avrundat åt något håll - detta av sekretess-skäl), kön, samt remitterande enhet (unik sifferkombination).

vilket avspeglar ASiHs totala[173] remissinflöde under tre olika tidsperioder i forskningsstudiens andra fas. Detta för att få numerisk klarhet (och jämförande värde med 2008), främst rörande antal inkommande remisser till ASiH genom nytt verksamhetsuppdrag från 2015. Detta då det kan säga något om antalet förestående samverkanspartners, som ger en bild av förestående resursåtgång utifrån patientuppdragens karaktärsdrag och möjligt förestående multiorganisatoriskt ledningsbehov för säker vård.

Icke numeriska aspekter har uppmärksammats för uppdaterad bild av ASiHs nya inkommande patientuppdrag från 2013 - jämfört med 2008. Kvalitativ inventering av remisser avsåg främst ge en bild av vilken typ av patientuppdrag som kan förväntas inkomma fortsättningsvis från 2013 jämfört med 2008, för att därigenom kunna exemplifiera de mest framträdande tendensernas betydelse ur ett ledningsperspektiv. En närmre granskning har genomförts med fokus på inkommande remisser till medicinskt team rörande tidsperiod två, eftersom det medicinska teamet mest påtagbart berördes av ASiHs förändrade nya verksamhetsinriktning och omställning mot nya patientmålgrupper från 2013. Dessa remisser utgör i huvudsak komplementerande bild till remisser från 2008, rörande ASiHs nytillkomna patientmålgrupper från 2013.

9.2.4 Resultatredovisning

Resultaten från forskningsstudiens andra fas gestaltas kronologiskt utifrån tre komplementärt sammansatta delstudieteman, där en påtagbart framträdande bild lyfts fram utifrån det samlade kunskapsmaterial som studerats. Sammantaget presenteras en ny, samlad och uppdaterad bild av:

1. Den *vårdpraktiska innebörden* av ASiHs utveckling sedan 2008 med transformationen mot ny inriktning och ett verksamhetsuppdrag med bredare patientmålgrupper från 2013-
2. Skillnader mellan 2008 och 2013- rörande *problembilden med möjliga förändrade eller troliga nya ledningssvårigheter och ledningsbehov* för säker vård i samband med intermediär och multiorganisatorisk sjukvårdsproduktion (exemplet ASiH).
3. Det vårdpraktiskt försvårande för säker vård i samverkan genom ASiHs transformation mot bredare patientuppdrag, och som en del av nätverkssjukvård.

Avslutningsvis återfinns en summerande tabell (26), med vårdpraktiskt försvårande frontlinjeomständigheter för multiorganisatorisk samverkan på säkert sätt i nätverk. Tabellen utgör en uppdaterande summering med utgångspunkt från delstudieresultat från 2008, vilket synliggör kvarstående, förändrade och nya vårdpraktiskt försvårande problem (troliga ledningsproblem) från 2013. Figur 26 avspeglar på så sätt även hypotetiska ledningsbehov för säker vård i samverkan mellan nödvändiga aktörer för patientens räkning, när ASiH avser aktualiseras, övervägs, pågår eller ska avslutas inom ramen för nätverkssjukvård.

[173] Det är enbart remisser som rör patienter i cancerteam samt medicinskt team som ingår i studien, vilket innebär att ett begränsat antal andra remisser har utgått (specialuppdrag rörande näringstillförsel i hemmet till asylsökandes barn som utvecklat svår psykisk ohälsa med uppgivenhetssyndrom). Detta är samtidigt en utsatt patientgrupp som uppges kräva betydande och angelägna samverkansinsatser för att möjliggöra säker och resurseffektiv vård. För vidare läsning se publikation från Socialstyrelsen (2013) *Barn med uppgivenhetssyndrom. En vägledning för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

9.3 Resultat

Under 2012 genomgick det empiriska verksamhetsexemplet ASiH en betydande organisatorisk omställning i vid bemärkelse, något som i vårdpraktiskt hänseende pågick med start från främst hösten 2012 fram tills 15 januari 2013. ASiHs omställning handlade om en anpassning och övergång till en förändrad och bredare verksamhetsinriktning med fler och nya patientmålgrupper för ASiH. Förändringen var en direkt följd av ett politiskt beslut om en ny inriktning för ASiH, som inkluderade vårdval[174] för patienter inom vårdgrenen ASiH från 2013. Samtidigt som ASiH blev en del av en vision om nätverkssjukvård[175] i linje med en framtidsplan i landstinget. Framtidsvisionen berör i princip all vård i det aktuella landstinget, där den bärande tanken är att vård främst ska bedrivas i öppenvård. En öppenvårdsform ska såväl bygga på som förutsätta att välfungerande samverkan upprättas mellan nödvändiga vårdgivare, vilka ska leverera vård i nätverksbaserad form för en patient med stärkt ställning. En patient som navigerar sig fram i vårdsystemet och hittar "rätt" med hjälp av personal som "guidar", och som förmår arbeta över såväl organisatoriska som sociala gränsytor.

Resultaten visar att en förändrad inriktning och utvecklingen sedan 2008 fått en genomgripande vårdpraktisk betydelse för ASiH som såväl enskild verksamhet, som exempel på intermediär multiorganisatorisk sjukvårdsproduktion från 2013. Detta eftersom avancerad sjukvård kan erbjudas allt fler patienter med olika sjukdomstillstånd, i en öppenvårdsform i hemmet istället för inneliggandes på en sluten vårdinrättning.

9.3.1 ASiHs förändring och transformation mot nytt uppdrag

Genom tidigare beslut så hade vårdval i linje med lagen om valfrihet (LOV) införts sedan 2008 inom allt fler vårdområden i landstinget, och under 2012 stod det klart att även ASiH skulle omfattas av vårdval och träda i kraft från den 15e januari 2013. Därigenom aktualiserades en omställning i vid bemärkelse för ASiH. Introduktionen av vårdval visade sig innebära en betydande förändring för ASiH som verksamhet, eftersom ett helhetsansvar fortsättningsvis skulle råda för *alla* ASiHs inskrivna patienter från den 15e januari 2013. Detta medförde att målgruppsindelningsystemet för avancerade sjukvårdsinsatser till patienter (målgrupp 1 och målgrupp 2) från 2008 skulle upphöra och förändras, vilket hösten 2012 föranledde ett erbjudande om "konvertering" för de patienter som var föremål för avgränsade målgrupp 2 insatser i ASiHs regi. Konverteringar berörde främst det medicinska teamet, som huvudsakligen var inriktade mot avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser till patienter tillhörande just målgrupp 2. Enstaka målgrupp 2 patienter fanns emellertid även i cancerteamen. Hösten 2012 konverterades samtliga ASiHs målgrupp 2 patienter till "helhetsansvarsanslutning", under förutsättning att det bedömts som medicinskt befogat och av patienten önskat. Majoriteten av patienterna tackade ja, vilket innebar att patienternas vårdcentraler kopplades bort och att ASiH "tog över". Konverteringarna gick tämligen "smärtfritt" i den bemärkelsen att patienter-

[174] Som en följd av ett politiskt landstingsbeslut juni 2007 så har ett vårdvalssystem introducerats med start 1 januari 2008, vilket omfattat allt flera vårdgrenar - och från 15 januari 2013 även ASiH.

[175] Företeelsen ”nätverkssjukvård” återfinns inte i Socialstyrelsens termbank, men beskrivs enligt landstinget [2014-05-15] som att: ”Alla vårdgivare, oavsett huvudman eller storlek, har samma ansvar för att bidra och ta hjälp av varandra för att patienten alltid ska få den bästa hjälpen snabbt och enkelt (vårdgivarguiden, 2014).” Ett annat exempel framgår genom Region Skåne, med en liknande vision om gränslösa nätverksbaserade samspelslösningar med patienten i centrum (Det öppna skåne 2030, 2014).

na var kända hos ASiH, varför inskrivningsförfarandet blev mer en formalitet än en arbetskrävande "behovsutredning" som en ASiH anslutning inte sällan föregrips av.

Den ökade arbetsbelastningen för ASiH (indirekt genom konvertering) som med övergång till helhetsansvar, lät inte vänta på sig. En minst sagt hektisk tid tornade raskt upp sig i takt med den tilltagande mängden "helhetsansvarspatienter" som konverteringarna medförde under hösten 2012 - fram tills efter årsskiftet 2013. Helhetsansvaret hade nämligen inneburit en kraftigt utökad mängd nya arbetsuppgifter i form av olika nya vårdinsatser (basala hemsjukvårdsinsatsbehov), som dels upptäcktes efter hand av ASiH och som dels sen logistiskt behövde koordineras internt med ASiHs "egna" konventionella insatser (avancerade hemsjukvårdsinsatsbehov). Skillnaden blev påtagbart annorlunda vårdpraktiskt, eftersom en målgrupp 2 ansluten patient tidigare enbart inneburit ett strikt medicinskt välavgränsat engagemang för ASiH. Tidigare hade det handlat om en avgränsad (av remittenten efterfrågad) överrenskommen avancerade sjukvårdsinsats till en patient, och inte sällan under en begränsad tid. De vård- och omsorgsbehov som 2008 kunde relateras ur annat behov eller eventuell sjuklighet hos patienter, och kräva bedömning och utredning för vidare åtgärder - hade således inte tidigare varit ASiHs ansvar utan vårdcentralens. Från 15e januari 2013 kan man säga att ASiH och vårdcentraler även bytte patienter med varandra, genom att ett helhetsansvar skulle råda för alla vårdtunga ofta multi-sjuka (ofta äldre) som remitterades från vårdcentralen och som skrevs in vid ASiH om de uppfyllde kriterier för detsamma.

ASiHs övergång mot helhetsansvarsanslutna patienter var en anpassning och övergång mot nytt verksamhetsuppdrag för ASiH, där annat vårdavtal formellt skulle träda i kraft från 15e januari 2013. Innebörden av det nya vårdavtalet var samtidigt att ASiHs sjukvårdsproduktion skulle öppna upp för ett helhetsansvar för många nya patientgrupper med andra sjukdomstillstånd och diagnoser än cancer. Detta hade inte varit vårdavtalsmässigt möjligt 2008. För patienter med till exempel allvarlig och svår hjärtsvikt och lungsjukdom (KOL) beskrevs förändringen som en framgång, eftersom de utgjort återkommande exempel på patientgrupper som varit minst lika betjänta av ett helhetsansvar med "dygnet-runt" tillgång till avancerad sjukvård i hemmet som cancerpatienter länge kunnat erhålla. Tillgängligheten till en helhetsansvarsanslutning vid ASiH skulle således inte fortsättningsvis kräva cancersjukdom utan bot och i livets slutskede.

Utöver konverteringen av ASiHs målgrupp 2 anslutna patienter hösten 2012 så kom även ASiH kapacitetsmässigt att expandera betydligt i jämförelse med 2008, genom att en sammanslagning med två andra geografiskt belägna verksamheter aktualiserades 2012. Det innebar två ytterligare "filialer"[176] i jämförelse med 2008, vilket även vårdpraktiskt inbegrep ett övertagande av drygt 20 patienter från en annan verksamhet. Detta handlade om en större grupp så kallade "multi-sjuka" äldre patienter som ASiH övertog för fortsatt helhetsansvar. De hade tidigare dels ingått i samverkansprojekt genom sina särskilt sammansatta vårdbehov och bedömts som "för sjuka" för vårdcentraler, och där projektets syfte varit att stabilisera och förebygga akutvårdsbesök (och avlasta slutenvården). De utgjorde en patientgrupp som framstod som för vårdkrävande och svårhanterade för vårdcentralerna. Därigenom riskerade de

[176] Hösten 2014 planeras ytterligare en tredje filial geografiskt belägen på annat håll, bland annat som en följd av den "trångboddhet" som nytt uppdrag och expansion medfört.

utsättas för "skytteltrafik" mellan hemmet och sjukhuset, genom vårdcentralernas otillräckliga kapacitet. En anslutning vid ASiH beräknades fördelaktigt för patienten, och kunde samtidigt avlasta slutenvården.

En betydande expansion, förändring och omställningsprocess tog enligt ovan sin vårdpraktiska start för ASiH hösten 2012, dels genom nödvändig anpassning och övergång mot ett helhetsansvar efter årsskiftet på grund av nytt vårdavtal. Dels samtidigt genom att ett avtalsmässigt utrymme fanns från 2013 för ett helhetsansvar för nya patientmålgrupper, med andra vårdbehov och sjukdomstillstånd än vad som var relaterat till cancersjukdomar.

ASiH började successivt under hösten 2012 att fasa ut och minska utrymmet för avgränsade målgrupp 2 uppdrag fram tills 15e januari 2013, vilket emellertid visade sig radikalt påverka inte bara ASiHs egna arbetsuppgifter och inriktning som verksamhet - utan drabbade även ASiHs remittenter. Både på akutsjukhusen och på vårdcentraler, var skulle patienterna hänvisas? Flera remittenter var oförberedda, och blev rejält överraskade. Detta eftersom avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser "hängde i luften", och blev plötsligt såväl vårdcentralernas som akutsjukhusens eget ansvar att vårdpraktiskt lösa. Bristen på vårdplatser för patienter underlättade inte situationen i aktuellt landsting. Pressen ökade, då förtrogenhet och kompetens för administration av intravenösa läkemedel inte var en självklarhet för disktriktssköterskorna vid vårdcentralerna ute i landstinget. Situationen medförde från årsskiftet 2013 en initial "förvirring", och ett betydande merjobb med oklarheter för såväl beställaren, ASiH som remittenter - och inte minst att förglöma drabbade patienter och eventuella närstående som "föll mellan stolarna". Det visade sig också efterhand att det förelåg stora skillnader inom landstinget, där vissa vårdcentraler samtidigt förberett sig att kunna överta och utföra avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser i hemmet (ASiHs gamla målgrupp 2-uppdrag). Detta kunde innefatta till exempel intravenösa infusioner av blod, näringsdropp och läkemedel för infektioner (till exempel antibiotika- och penicillinpreparat). Samtidigt som andra vårdcentraler ställde sig frågande till huruvida vårdcentralens medarbetare (läkare och sjuksköterskor) såväl hade som kunde upprätta och upprätthålla och garantera tillräcklig förtrogenhet och kompetens, och en tillräcklig vana för att genomföra den typen av "avancerad" sjukvårdsinsats på ett patientsäkert och tryggt sätt. Detta krävdes för att axla den avancerade medicinska ansvarsmantel som ASiH tidigare burit åt slutenvården, men som nu föll på vårdcentralernas lott och ytterst på distriktssköterskan och ordinerande läkare (ofta på sjukhus). En distriktsläkare, och några utbildade distriktssköterskor menade att det var en arbetssyssla som vårdcentralerna inte "normalt" sysslade med och inte kunde arbeta upp en förtrogenhet med, vilket framhölls skapa en betydande oro och osäkerhet om detta föll på vårdcentralernas lott att vårdpraktiskt lösa. En framträdande fråga som framkom var hur och vem som egentligen kan avgöra var gränsen går för när något bedöms som för kvalificerat för en vårdcentral att ta över och utföra på ett patientsäkert och tryggt sätt, eftersom flera informanter framhöll att förtrogenhet och kompetens är dessvärre personbundet och förvärvat under en tidigare lång yrkesbana (ofta från akut slutenvård). Personbunden förtrogenhet och kompetens framstår således i likhet med 2008 som den sårbarhet som ensamarbetet i all slags hemsjukvård ofrånkomligen medför, och i synnerhet i vårdcentralens regi genom påtagbart begränsade resurser i jämförelse med ASiH.

Detta framstod således fortfarande som betydelsefullt för såväl vårdtagarnas säkerhet, som för personalens psykosociala arbetsmiljö.

ASiHs anpassning och omställning mot nya patientuppdrag med helhetsansvar i linje med ett nytt verksamhetsuppdrag från beställaren, hade således för såväl beställare och remittenter medfört en mindre känd vårdpraktisk omdirigering av patientvårdflödet i landstinget - vilket blev påtagbart uppenbart i vårdpraktisk realtid för patienters räkning. Detta då det visade sig oklart vart patienter (med avancerade avgränsade sjukvårdsinsatsbehov) egentligen kunde och skulle remitteras från 15 januari 2013, eftersom ansvars- och rollfördelningen indirekt hade förändrats mellan ASiH, sjukhusen och vårdcentralerna rörande patienter med avgränsade avancerade sjukvårdsinsatsbehov. Det fanns ett avtalsmässigt utrymme för ASiH att ansluta denna patientgrupp, men det krävde att ASiH genomförde en inskrivning för helhetsansvar - vilket beskrevs som "onödigt" resurskrävande eftersom det handlade om begränsade insatser under en begränsad tid - ibland till en i övrigt "frisk" patient utan andra avancerade medicinska sjukvårdsbehov. Oklarheten rörande avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser kom emellertid vårdpraktiskt att lösas efter hand och under våren 2013, genom att ASiH kunde bistå remittenter genom att upprätta samverkansavtal och utföra tidsbestämda konsultationsuppdrag. Vilket intressant nog vårdpraktiskt påminner om de avgränsade målgrupp 2-uppdrag som utfördes 2008, men i annan form med nu utökad administration genom samverkansavtal.

ASiHs transformation från hösten 2012 mot det nya uppdraget med helhetsansvar för flera nya patientmålgrupper från 15 januari 2013, fick emellertid betydelse även i flera andra avseenden. Detta då ett nytt vårdavtal förutsatte ett vårdval för patienter, där patienter (i behov av ASiH) fortsättningsvis får välja mellan flera olika ASiH utförare. Detta utgör en påtagbar kontrast mot 2008, eftersom patienter då istället hänvisades (remitterades) till en verksamhet i ett upptagningsområde som denne "tillhör". Genom introduktionen av vårdval så konkurrensutsattes också alla ASiH-verksamheter från 15 januari 2013. De ASiH-utförare (som beställaren godkänt) bedriver således fortsättningsvis konkurrerande verksamhet, men inom ett gemensamt och mycket större geografiskt upptagningsområde i jämförelse med 2008. Konsekvensen av vårdval blev att ASiH efter årsskiftet 2013 samtidigt fick ett helhetsansvar över ett oklart antal inkommande patientuppdrag (remisser) med många andra mindre kända sjukdomstillstånd än cancer, vilket samtidigt krävde såväl förtrogenhet som kompetens att hantera i realtid. Ett större upptagningsområde medförde också att nya patientuppdrag inkom från mindre kända, geografiskt utspridda och avlägset belägna "glesbygds-liknande" destinationer. Vårdvalet innebar även att patienten får välja sin geografiska vårdestination - varför fritidsstugeområden innefattades, där varierande terräng och väglag beskrevs - med allt vad det innebär vad avser möjliga begränsningar i framkomlighet och tillgänglighet genom mindre känt vägunderhåll (inte minst vintertid).

Det nya geografiska upptagningsområdet exemplifierades hösten 2012 som "astronomiskt" i sin räckvidd i jämförelse med tidigare, vilket tidigt väckte logistiska frågor av betydelse för ASiHs "patienttid". Utökade transporttider och transportsträckor, kunde medföra att personal får tillbringa allt mer mer tid i bilar istället för hos patienter. Detta blev tydligt i det medicinska teamet. Såväl samordnings- som logistikbehoven tornade snabbt upp sig redan hösten 2012, som en följd av att de nya "multi-sjuka" patientgrupperna krävde olika nödvändiga in-

satser och hembesök av olika professioner från ASiHs team. Detta medförde också konkurrens om bilarna. I takt med ett tilltagande antal patienter så utökades det interna samordningsbehovet, där delegeringsfrågor även framstod som en praktisk nödvändighet. Att delegera vissa arbetsuppgifter till undersköterskor, lyftes fram som möjligt genom den betydande förtrogenhet och kompetens som fanns hos en nytillkommen undersköterskegrupp på ASiH. Samtidigt som en akilleshäl för ASiH sedan lång tid tillbaka var sjuksköterskekontiniutet - i bemärkelsen besök av samma sjuksköterska till samma patient. Det kunde emellertid försvåras ytterligare om undersköterskor "tog över". Ett "övertagande" av undersköterskor framstod emellertid som en möjlighet för att kunna optimera resursutnyttjandet och minska restiderna, genom såväl den tilltagande mängden geografiskt mer utspridda patienter som ett utökat antal flera ASiH sjuksköterskor. Samtidigt som ett alternativ beskrivs vara att sjuksköterskor började utföra även basala hemsjukvårdsinsatser, men då skulle besöken ta längre tid och färre patienter hinnas med. Utöver detta beskrevs hög kontinuitet av sjuksköterskebesök till samma patienter, som schematekniskt utopiskt att åstadkomma. Kontinuitet eftersträvades i den högsta möjliga utsträckning det gick. Brist på kontinuitet begränsar samtidigt sjuksköterskors möjlighet och dagligen följa och bedöma nyanser i ett sjukdomsskeende rörande en patients status, vilket innebär att undersköterskor som yrkesgrupp framstod än mer som såväl sjuksköterskans som läkarens ögon och öron. Det innebär samtidigt att om de basala sjukvårdsbehoven är de mest framträdande vid ASiH, och behovet av sjuksköterskors besök därigenom blir mindre frekvent - så utgör undersköterskors förtrogenhet och kompetens och kliniska "blick" en förutsättningför säker resurseffektiv vård Samtidigt som patientens och eventuella närståendes egen bedömning, och förmåga att "larma" och bedöma sitt tillstånd blir än mer viktig som säkerhetsbarriär. Viktig medicinsk informationen av värde kan riskera att inte alltid "fångas upp", om den inte kommuniceras fram av patient eller närstående och om den inte uppfattas och rapporteras av undersköterskor. Detta lyftes frams som viktigt eftersom mellanmänsklig överrapportering fått stryka på foten till förmån för kortfattad, kärnfull och skriftlig journaldokumentation utifrån instruktioner och på förhand givna parametrar - i linje med allt fler dokumentationsinstruktioner.

Initialt var det läge ASiH befann sig i hösten 2012 så oklart att det beskrevs av en chef i ledande position som ett rent ”experiment” för samtliga berörda parter, eftersom ASiHs omställning medförde en oprövad väg för hela landstingets "vårdsystem" - med ett okänt utfall för såväl patienter, närstående som personal i berörda verksamheter. Introduktionen av vårdval ASiH framstod som en potentiell "friktion"[177] som kunde undergräva de samarbetskonstellationer och relationer som upparbetats från 2008, och som befanns värdefulla för att möjliggöra säker vård i smidig samverkan. I takt med att mängden okända och varierande vårdaktörer tilltog var erfarenheten att viktiga mellanmänskliga relationsbyggen för säker vård grusades, just genom bristen på kontinuitet - av betydelse för såväl patient som verksamhet. Därigenom framträdde en ny målkonflikt som inte funnits 2008, nämligen mellan vårdvalsfrågan och den angelägna samverkansfrågan för att möjliggöra säker vård. Det fanns således nu ett

[177] Med friktioner avser jag ”…oförutsedda händelser som, helt eller delvis, omintetgör det önskade eller förväntade händelseförloppet. Såväl människor, material som miljöfaktorer kan bidra till att friktioner uppstår […] Friktioner resulterar ofta i att hela situationen måste omvärderas och nya handlingsalternativ utarbetas (Försvarsmakten, 2002, s. 20).”

nytt potentiellt framträdande vårdpraktiskt problem som kan såväl försvåra som omöjliggöra genomförandet av patientuppdrag, om angelägna långsiktiga samarbetsrelationer mellan olika vårdcentraler och slutenvård grusades om antalet samarbetsaktörer tilltog och blev "övermäktigt" eftersom mellanorganisatoriska samarbeten och kommunikation framhölls som resurskrävande ju fler som involverades.

ASiHs förändring och omställning hösten 2012 handlade också om en anpassning till en större framtidsvision i det aktuella landstinget mot vad som benämns nätverkssjukvård[178], och där samverkansfrågan framträder som ett sammanhållande "kitt" och en avgörande framgångsfaktor då nätverksjukvård är villkorat av detsamma:

> Tanken bakom nätverkssjukvården är att vårdgivarna ska samverka kring patienten. Alla vårdgivare, oavsett huvudman eller storlek, har samma ansvar för att bidra och ta hjälp av varandra för att patienten alltid ska få den bästa hjälpen snabbt och enkelt (ur: Landstingets webbportal med information till vårdgivare, 2014).

Det är fyra "grundpelare" som genomsyrar visionen om nätverkssjukvård, vilket handlar om att patienten (som kallas individen) ska i sin kontakt med vården förvänta sig: (1) hälsofokus, (2) stöd att "hitta rätt", (3) korrekt information och kompetens samt (4) vårderbjudande med utgångspunkt från samlat behov. I landstingets nätverksjukvård är således tanken att patienter ska erbjudas en säker framtida vård, som ska erhållas med hjälp av samverkan mellan nödvändiga parter. Detta utfört på "rätt nivå" i linje med vad som benämns LEON-pincipen (lägsta effektiva omhändertagandenivå). LEON beskrivs som att patienten ska både erbjudas men också uppmuntras välja vård på "rätt" nivå, i bemärkelsen lägsta effektiva omhändertagande nivå. För vårdpraktiker innebär det att patienter förväntas (inom ramen för nätverksjukvård) kunna "flyta" smidigare mellan olika "vårdnivåer" i landstinget. Till exempel mellan primärvård, ASiH och slutenvård, där den lägsta effektiva vårdnivån ska aktualiseras utifrån patienters aktuella behov och tillstånd.[179] Hur detta ska låta sig realiseras i vårdpraktiskt realtidshänseende framstod hösten 2012 som mycket oklart, där det inte gick få närmre klarhet genom tillgängliga styrdokument - utöver att regler rörande samverkan ska vara kända och följas av vårdgivarna. Detta medför att ett stort antal organisatoriska och sociala gränsytor står inför dörrren. Enligt Longs definition på social gränsyta (2001, s. 243) så kan samverkansfrågan och visionen om nätverkssjukvård betraktas som lättare sagt än gjort att realisera i vårdpraktiken:

> A social interface is a critical point of intersection between lifeworlds, social fields or levels of social organisation where social discontinuities, based upon discrepancies in values, interests, knowledge and power, are most likely to be located (Long, 2001, s. 243).

Mot bakgrund av den mängd organisatoriska gränsytor som visionen om nätverkssjukvård innebär, så blir mängden sociala gränsytor inte färre - snarare tvärtom. Det utgör rimligtvis en

---

[178] Företeelsen ”nätverkssjukvård” återfinns inte i Socialstyrelsens termbank [2014-05-15]. Ett annat exempel framgår rörande Region Skåne, med en liknande vision om gränslösa nätverksbaserade samspelslösningar med patienten i centrum (Det öppna skåne 2030, 2014).

[179] LEON = Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå. Den så kallade Leon-principen förefaller länge ha legat till grund för en utbyggnad av öppenvård i Sverige, och då med hänvisning till primärvården (Anell, 2011). Se vidare om nätverksjukvård i kapitel 9.3.2.2.

betydande vårdpraktisk utmaning eftersom visionen om nätverkssjukvård bygger på föreställningen att sociala gränsytor inte utgör ett hinder utan en möjlighet. Detta eftersom:

> Tanken bakom nätverkssjukvården är att vårdgivarna ska samverka kring patienten. Alla vårdgivare, oavsett huvudman eller storlek, har samma ansvar för att bidra och ta hjälp av varandra för att patienten alltid ska få den bästa hjälpen snabbt och enkelt (ur: landstingets webbportal med information till vårdgivare, 2014).

Med Longs (2001, s. 243) definition på gränsyta enligt ovan så kan emellertid mängden av olika slags sociala gränsytor förväntas generera en hel del friktioner, vilka vårdpraktiskt behöver hanteras i realtid för att främja en resurseffektiv säker vård på lägsta effektiva nivå.

9.3.1.1 Samverkansfrågan - en ledningsfråga?

På samma sätt som 2008 är syftet med ASiH (inom ramen för nätverkssjukvård) att fortfarande erbjuda patienter med så kallade komplexa[180] symtom eller behov, ett alternativ till vård i hemmet istället för vård inneliggandes på sjukhus. Såväl ASiH-uppdragets syfte som patientmålgrupper har däremot breddats betydligt genom nytt vårdavtal, vilket medfört helhetsansvar över flera nya patientgrupper som pekats ut som betjänta av ASiH med flera nya ohälso- och sjukdomstillstånd. ASiH ska från 15 januari 2013 betraktas som ett praktiskt sjukvårdsproducerande koncept som möjliggör vård i hemmet genom att utgöra:

- ett alternativ till vård på sjukhus, eller
- ett komplement till basal hemsjukvård (när eller om basal hemsjukvård är otillräckligt)

Detta innebär samtidigt (precis som tidigare) att det fortsättningsvis kan vara tal om att bedriva såväl kortvarig som långvarig sjukvård i ASiHs regi. Den största skillnaden är att ASIHs nya patientuppdrag från 15 januari 2013 främst innebär helhetsansvar för patienter under en aktuell inskrivningstid, vilket är en förändring som i linje med styrdokument nödvändiggör utökad organisatorisk samverkan med "vårdgrannar". Detta för att kunna öka på "patientvårdflödet" genom att möjliggöra en snabbare patientöverföring till medicinskt "rätt" vårdnivå, i linje med LEON-principen. Nätverkssjukvård ska bygga på samverkan, vilket beskrivs förutsätta en gränsöverskridande, kommunikationsintensiv och välfungerande intermediär multiorganisatorisk samarbetsform i realtid. Att vårdgivare ska samverka i nätverkssjukvård innebär att det ska fungera för varje patients unika behov, där syftet är att minska presumtiva patienters ansvarsbörda och även underlätta patienters kontakt med vården framöver:

> I dagens sjukvård ligger ett stort ansvar på patienten. Man behöver ofta följa upp, ta initiativ och göra egna val och kommunikationen mellan vårdgivarna brister. I vårdnätverket förenklas kontakten med vården avsevärt. Primärvård, specialister utanför akutsjukhusen, palliativ vård, kommunal omsorg och många andra vårdgrenar ska samarbeta med individens behov i centrum. Istället för att patienten själv ska behöva ta initiativ till återkoppling efter ett besök på akuten exempelvis, bokas en tid med relevant specialist eller husläkaren in för återbesök när hon är på akuten redan första gången (ur: landstingets webbportal med information till vårdgivare, 2014).

Det utökade samverkansbehovet ska främjas och mer konkret möjliggöras i vårdpraktiskt hänseende främst genom att de beslut och riktlinjer som redan finns i landstinget rörande samver-

[180] Innebörden av begreppet komplex är något oklart, då det inte definierats i förfrågningsunderlaget.

kan, dels är kända och sedan följs av personal i alla berörda och involverade verksamheter. Samtidigt som att olika lokalt anpassade överrenskommelser ska såväl utvecklas som träffas (när så är nödvändigt) mellan nödvändiga parter, vilket måste ske för varje presumtiv patients unika räkning som ansluts vid ASiH. Så kallat samverkansbehov och förmåga till detsamma framträder därmed som en presumtivt högintressant säkerhetsrelaterad ledningsaspekt. Detta i synnerhet eftersom forskningsstudiens första fas redan påvisat att intermediär multiorganisatorisk vård med sammansatta "vårduppdrag" 2008 (som nödvändiggjorde samverkan) också skapar säkerhetsrelaterade ledningsbehov avseende:

> Ledning av patienthanteringen vid vårdformsskiften och patienters vård som innebär att ledningens yttersta syfte kan vara att för patientens räkning åstadkomma önskvärda effekter med hjälp av hälso- och sjukvården och omsorgen – d v s så mycket hälsa och välbefinnande som är möjligt till minsta möjliga resursmässiga åtgång genom att möjliggöra samordning och/eller gemensam inriktning/harmoni av olika lämpliga/nödvändiga insatser för en välfungerande, säker, värdig och ändamålsenlig vård (Lagerstedt, 2012, s. 150)[181].

Det i Lagerstedt (2012) tidigare uppmärksammade ledningsbehovet av dels patienthantering vid vårdformsskiften och dels ledningsbehov under fortgående vård, går i linje med landstingets nya vision och övergripande effektmål rörande utökat samverkansbehov för vårdgrenen ASiH. I landstingets nya specifika uppdragsbeskrivning förtydligas även vikten av samverkan. Detta för att optimera resursutnyttjande inom ramen för vård i nätverksform, där det övergripande effektmålet för ASiH från 2013 är att genom samverkan:

> Minska inflödet [av patienter][182] till akutsjukhusen genom
>
> - ett strukturerat samarbete med primärvården, med annan vård och omsorgsgivare [oavsett huvudman] samt med sjukhusen i syfte att optimera omhändertagandet, i öppenvården, av kroniskt sjuka patienter med särskilda eller komplexa behov
>
> Öka utflödet [av patienter][183] från akutsjukhusen genom
>
> - ett strukturerat samarbete med sjukhusen för tidigare utskrivning från vårdavdelning av patienter med komplexa symtom/behov
>
> - ett strukturerat samarbete med specialister för tidigare inskrivning av patienter med kronisk sjukdom
>
> - att etablera kontakt med patienter i tidigt palliativt skede
>
> (Ur: Specificerad uppdragsbeskrivning och uppföljning vårdval, 2013, s.7).

I en kunskapsöversikt om samverkan har emellertid Anell och Mattisson (2009, s. 93) konstaterat att:" Den samlade bilden av samverkan inom vård och omsorg är att det är både svårt och riskfyllt." Mot bakgrund av att det i ASiHs nya styrdokument[184] framhålls ett angeläget behov av såväl interorganisatorisk (mellan organisationer), interprofessionell (mellan professioner)

---

[181] Den hypotetiska ledningens syfte (så som formulerats av mig i detta textavsnitt), går därmed även helt i linje med vårdavtalets beskrivning av insatsernas syfte och målsättning 2008 (se kapitel 4.2).
[182] Min förtydligande anmärkning.
[183] Min förtydligande anmärkning.
[184] Synen på samverkansfrågan framgår av definitionen av detsamma i en specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning vårdval, som är ett underlag till nytt vårdavtal 2013 och återfinns i ett förfrågningsunderlag från x-landstinget.

som intersektoriell (mellan huvudmän) - så framstår samverkansbehovet som än mer angeläget än någonsin och är mer explicit även nu uttryckt som en önskvärd vårdpraktisk organisatoriskt gränsöverskridande "arbetsform" att sträva mot. På landstingets informativa webbplats som riktas till vårdgivare, framgår rörande "samverkan" i samband med en kommande nätverkssjukvård att:

> Invånare i [landstinget] kommer möta en vård där olika vårdgivare, exempelvis sjukhus, vårdcentraler och husläkarmottagningar, samarbetar i nätverk kring en patient. Tanken bakom nätverkssjukvården är att vårdgivarna ska samverka kring patienten. Patienten ska alltid hitta rätt var man än vänder sig. Alla vårdgivare, oavsett huvudman eller storlek, har samma ansvar för att bidra och ta hjälp av varandra för att patienten alltid ska kunna få den bästa hjälpen snabbt och enkelt.
>
> (Ur: Specificerad uppdragsbeskrivning och uppföljning vårdval, 2013, s.7).

Det är uppenbart att vårdpraktiken går en framtid till mötes med förväntningar utifrån visioner om än mer formaliserat delat ansvar för patienter, genom ett utökat fokus på samverkan som en önskvärd arbetsform. Genom informanter framålls samverkan såväl 2008 som 2012-2013- som en viktig säkerhetsfråga, men som en resurskrävande vårdpraktisk arbetssyssla. Detta eftersom det handlar om multiorganisatoriskt samspelsbehov, som återkommande uppstår dels i samband med överföring av en patient till annan vårdnivå (vårdformsskiften) och dels under genomförandet av de patientuppdrag i hemmet. Med inslagen väg med det för ASiH stipulerat övergripande effektmålet, med en patientflödesreglerande roll såväl till som från akutsjukhusen - så kommer nära samarbeten behöva utvecklas för för varje enskild patientes räkning för att säker vård ska kunna levereras i nätverksform. Vad som däremot ännu framstår som oklart är HUR ett snabbt och välfungerande multiorganisatoriskt samspel (som samverkan innebär mer konkret), ska låta sig realiseras i vårdpraktikens direkta realtida frontlinje. Frågor om samverkan vid in- och utskrivningar finns idag reglerad i olika lagrum[185], vilka berör såväl betalningsansvar, samordning av insatser rörande habilitering/rehabilitering som bedömning av egenvårdsfrågor.

Av Socialstyrelsens förskrift "Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård" (SOSFS 2005:27), så framgår i 1§ att föreskriftens tillämpningsområde är vid tillämping av betalningsansvarslagen för kommuner (SFS 1990:1404), men att den även ska:

> [...] tillämpas vid överföring av information mellan vård och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter i den slutna hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:27, s. 3).

Föreskriften lyfter fram och tydliggör främst vikten av rutiner och ansvarsfrågor för samverkan, vårdplanering och överföring av information i samband med in- och utskrivningar från slutenvård till öppenvård och Socialtjänst. Samtidigt som det av föreskriften framgår att kort varsel med informationsövering är tillåtet, och därmed tycks inte kort varsel ha uppmärksammats som säkerhetsrelaterat vårdpraktiskt hinder i överföring av patient till annan enhet:

[185] Se till exempel Lag (SFS 1990:1404) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL), samt i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS (2005:27; 2007:10; 2008:20; 2009:6).

> 2§ Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten (SOSFS 2005:27, s.6).

I landstinget finns en överenskommelse mellan kommuner och landstinget, där det famgår att syftet med samverkan vid in- och utskrivningar är att säkerställa en god och säker vård:

> När en patient skriv in och ut i sluten vård krävs det en samordnad kommunikation mellan huvudmännen för att patienten ska får en god och säker vård. Syftet med samordnad vårdplanering är att säkerställa tryggheten och säkerheten för patienten genom att upprätta vårdplan där ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting fastställs. Överenskommelsen omfattar alla målgrupper och åldrar för att säkerställa en trygg övergång mellan landstingets och kommunens ansvarsområden. Berörda enheter hos kommun och landstingets öppna hälso- och sjukvård ska ta över ansvaret för sina insatser snarast möjligt efter att patient är utskrivningsklar samt att en vårdplan är upprättad. I de fall insats krävs från enbart landstingets öppna hälso och sjukvård regleras detta genom landstingets vårdavtal. Lagen om kommunernas betalningsansvar reglerar tidpunkt och förutsättningar för när kommunerna blir skyldiga att ersätta landstingens slutenvårdsenheter för utskrivningsklara patienter med upprättad vårdplan (Ur: landstingets överrenskommelse med kommuner angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård, 2011, s. 3).

I landstingets samverkansinstruktion på 19 sidor så framgår även att när en patient lämnar slutenvården så ska klargörande utskrivningsinformation (trygghetskvitto) med olika uppgifter överlämnas till patienten senast samma dag, och där ansvariga enheter kan delges information om patienters behov av hälso- och sjukvård- och socialtjänst. Detta förutsätter normalt sett att patienten önskar en samordnad vårdplanering, och samtycker och tillåter att ett nödvändigt informationsutbyte sker mellan berörda enheter. Det är den behandlande slutenvårdsläkarens ansvar att upprätta en vårdplan och att vid behov kalla till gemensam vårdplanering, vilken ska ske i samråd med patient och närstående - samtidigt som en vårdplan även kan upprättas redan innan patienten är utskrivningsklar. I landstingets samverkansinstruktion återfinns en detaljerad instruktion som ger vägledning i utformningen av vårdplanens innehåll, där främst följande framgår:

> Upprättad vårdplan avser den handling som ger en samlad bild av patientens funktionsstatus och behov av fortsatt vård och omsorg efter utskrivning samt vem som är ansvarig för respektive insats.
>
> Vårdplan ska i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) innehålla:
>
> 1. medicinska åtgärder och andra behandlingar,
>
> 2. aktuella läkemedelsförskrivningar,
>
> 3. tillhandahållna eller föreskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar,
>
> 4. allmän och specifik omvårdnad,
>
> 5. omsorg, stöd och service,
>
> 6. rehabilitering och habilitering.
>
> Av vårdplanen ska det även framgå;

> 1. namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för planen,
>
> 2. vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som ska vidta respektive åtgärd,
>
> 3. namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten,
>
> 4. om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte,
>
> 5. om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, och
>
> 6. målsättningen med insatserna samt hur och när dessa ska följas upp
>
> I de fall där det är aktuellt med utbildning och handledning till kommunal personal ska landstingets ansvar för utbildning och handledning tydligt framgå i vårdplanen.
>
> (Ur: landstingets överrenskommelse med kommuner angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård, 2011, s. 5-6).

Huruvida samverkan av såväl säkerhetsmässiga som resursoptimerande skäl behöver eller kan främjas genom ett nytt komplementärt sätt att se på ledning betraktat som en funktion, framstår genom ovanstående instruktion om samverkan vid vårdformsskiften som en fortsatt intressant fråga. Detta i synnerhet genom den korta tidsmarginal som framgår, varför ledning i bemärkelsen mellanmänskligt samspel mellan olika aktörer (vid såväl in som utskrivningar) rent hypotetiskt kan tänkas bidra till ett osynligt mellanorganisatorisk och socialt "kitt" mellan sociala gränsytor och därigenom möjliggöra säker vård inom ramen för en kommande nätverkssjukvård.

9.3.1.2 Nätverkssjukvård - vad innebär det?

I landstingets framtidsplan är nyckelordet nätverk, samtidigt som vården ska renodlas i den bemärkelsen att vård ska ges på rätt vårdnivå. Tanken är att landstinget ska leverera effektivaste möjliga vård, som ska ges i rätt tid och på bästa möjliga sätt. Detta bedöms vara möjligt om en så kallad "nätverkseffekt" uppnås, vilket är en beskrivning av det tillstånd som uppstår då nätverkets totala värde blir högre än de enskilda delar som ingår för patientens räkning. Med en metafor till sjöfartens verksamheter, så förtydligas resonemangets praktiska innebörd på följande sätt:

> I traditionell vård är enheterna löst sammankopplade med varandra, ungefär som öar med färjeförbindelser. Det går komma till och därifrån, men bara ibland och under vissa förutsättningar. I [den vård som bedrivs i landstingets framtid] går det broar mellan alla öar. Det är snabbt, enkelt och självklart att samarbeta och kommunicera. Då uppstår en nätverkseffekt. Värdet av nätverket bli högre än det sammanlagda värdet av de enskilda enheterna (ur: landstingets webbportal med information till vårdgivare, 2014).

Värt att förtydliga är att landstingets vision om nätverkssjukvård handlar om ett övergripande vårdkoncept där eHälsa med eHälso-tjänster[186] fått en än mer framträdande plats än nu, vilket samtidigt framstår som svårt att överblicka innebörden av i vårdpraktiskt hänseende för såväl patient som personal. Det är emellertid primärvården som är tänkt att utgöra den sammanhål-

[186] Med eHälsa avses "...de digitala tjänster som ökar tillgängligheten till vården oavsett tid och plats, förbättrar samordningen av vårdinformationen, och stärker patientens ställning i vården genom ökade möjligheter till delaktighet i vårdprocessen (Framtidsplan för hälso- och sjukvården, 2012, s. 8, fotnot 1)."

lande länken för de allra flesta patienter, där nätverksjukvården som arbetsmodell ger husläkaren en framträdande position:

> Modellen ställer nya krav på vården. Primärvården får ökad betydelse. Husläkaren blir ofta den samlande länken i vårdkedjan och ska slussa patienten rätt. Det är där som patientens hela sjukdomsbild samlas, och det är där hon får hjälp att hitta specialister [...] Det kommer att krävas en större samverkan kring enskilda patienter mellan primärvård och specialister och slutenvården, men även mellan den kommunala omsorgen. Tack vare utbyggda eHälsotjänster har alla vårdgivare tillgång till samma information om patienten, förutsatt att patienten gett sitt samtycke till att journalerna ska kunna läsas (ur: Landstingets webbportal med information till vårdgivare, 2014).

Nätverkssjukvård beskrivs per definition i vid bemärkelse inrymmande såväl kortsiktiga som långsiktiga ambitioner, varför definitionen saknar avgränsning. Utgångspunkten ligger på ett högre abstraktionsplan med ett mer långsiktigt och verksamhetsinriktat synsätt på hela sjukvårdssystemets uppdrag, där det mesta av landstingets områden av betydelse för vårdens utveckling täcks in. I en framtida nätverksjukvård är tanken att all vårdverksamhet ska bedrivas i nätverk, där vården i större utsträckning genomsyras av sammanhållna vårdkedjor för en patient som står i centrum med en stärkt ställning. Visionen bygger på att eHälsa får en framskjuten position, som även förmår sammankoppla vårdens olika verksamheter:

> I den framtida hälso- och sjukvården arbetar vårdens olika verksamheter i nätverk runt patienten med hela sjukvårdsuppdraget, såväl kring förebyggande insatser, klinisk verksamhet, forskning som utbildning. Sjukvården erbjuder i större utsträckning sammanhållna vårdkedjor som ger kontinuitet och helhet för patienten. eHälsa blir en viktig del av nätverkssjukvården genom att koppla ihop vårdens olika verksamheter (Landstingets Framtidsplan för hälso- och sjukvården, 2012, s. 9).

Nätverkssjukvård finns illustrerad som en modell i form av en figur, som avspeglar den framtida patienten och dennes vårdnätverk. Figuren åskådliggör en patient i centrum med en bärbar dator, och en bildskärmsliknande mobiltelefon och suftplatta intill sig. Modellen synliggör ett teknikoptimistiskt synsätt där den framtida patienten är kringgärdad av ett sammansatt vårdnätverk som står till patientens förfogande, och där vårdval fortsättningsvis ska genomsyra det mesta av vårdutbudet i landstinget och där information finns att tillgå för patienten genom eHälso-tjänster. Vårdcentralernas verksamhet ska emellertid utgöra den absoluta basen i hälso- och sjukvårdsdomänen, och vara den verksamhet som patienten främst vänder sig till och etablerar en långsiktig relation med. Det är där som eHälso-tjänster kommer in i bilden som särskilt betydelsefullt för patienten, eftersom digitala tjänster även avser utgöra patientens första kontakt/möte (första nivå) med vården. Det är en bild av ett sammansatt vårdsystempussel som framträder i landstinget vision om nätverkssjukvård, samtidigt som olika vårdnivåer önskas mer renodlade till sin "natur". Renodlade i den bemärkelsen att olika slags vård förväntas genomföras i större utsträckning på "rätt" ställen (det vill säga på "rätt" vårdnivå). I en rapport från landstingsrevisorer rörande landstingets arbete 2013 och fortskridandet av framtidsplanen, så framgår emellertid att det tycks vara en lång väg att gå i bemärkelsen att dirigera patientvårdflöden i "rätt" riktning - det vill säga bort från akutmottagningar på sjukhus:

> Det akuta mottagandet är en central process i [framtidens sjukvård i x-landstinget]. Under många år har det funnits en uttalad strävan att minska flödet till akutsjukhusens akuter. Öppettider på husläkarmottagningar och jourmottagningar har förlängts.

> När lätt- och lättaktuter har inrättats. Trots det har patientströmmarna till akutmottagningarna fortsatt att öka (ur: projektrapport från 2013 om arbetet med framtidsplanen i landstinget).

Av revisionrapporten framkommer att det handlar om utökade besök vid flera stora akutmottagningar i landstinget, vilket inte sägs kunna förklaras av befolkningsökning. Men analysen är inte klar, samtidigt så framkommer att tanken är att patienter ska välja att söka rätt vårdnivå (inte akuten, om det inte behövs).

Landstingets målbild bygger på nyckelfraser såsom; hög tillgänglighet, god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet. Med hjälp av nätverkssjukvård är ambitionen att leverera: "...säker vård i rätt tid, till rätt patient, på rätt plats till rätt kostnad (Framtidsplan för hälso- och sjukvård, 2012, s. 9)." Med siktet inställt på år 2025 är tanken med landstingets elektroniska vårdtjänstesatsning att hälso- och sjukvården även ökat sitt förtroende hos befolkningen, som också förväntas vara (eller förväntas kunna bli?) - friskare i framtiden:

> Patientens vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja. Den informerade patienten orienterar sig enkelt i en lättillgänglig vård som erbjuder goda valmöjligheter på lika villkor. Patienten har tillgång till öppen och säker information om sin vård och hälsa. Målinriktade vårdgivare levererar en hälsofrämjande sjukvård med hög effektivitet och patientsäkerheten i fokus. Med beaktande av patientens integritet utförs all offentligt finansierad vård i en sammanhållen struktur för eHälsa (Framtidsplan för hälso- och sjukvård, 2012, s. 9).

I landstinget utgör redan eHälsa ett växande och påtagbart inslag sedan flertalet år tillbaka, och där olika elektroniska tjänster (e-tjänster) utvecklats och erbjuds medborgare (vårdtagare). Ett exempel på e-tjänst är vad som möjliggjorts genom "Mina vårdkontakter" (MVK), vilket även är ett exempel på en nationell digital tjänst som möjliggör för patient (eller närstående som ombud) att på distans uträtta olika vårdrelaterade ärenden genom en dator, surfplatta eller mobiltelefon med internetuppkoppling. Utbudet av e-hälso-tjänster varierar i dag dels mellan olika landsting i Sverige, och dels mellan lokala vårdgivare inom samma landsting. E-tjänster kan handla om att till exempel förnya recept och hjälpmedel, tidsbokningsfrågor, rådgivning, läkarintyg med mera.[187] Det aktuella landstinget har kommit långt med en rad olika e-tjänster, och fler beräknas även tillkomma inom några få år. Detta antas främja en utveckling mot jämlik nätverkssjukvård med "individen/patienten i centrum", med utpräglade mervärden som följd - vilket framöver beräknas kunna underlätta för såväl patient som personal:

> I framtidens hälso- och sjukvård står individen/patienten i centrum i en jämlik nätverkssjukvård som präglas av samverkande vårdgivare med en helhetssyn på patientens behov. Den enskilda individen är en aktör i sin egen vård med ökad delaktighet som ger förutsättningar för att ta ett ökat egenansvar. Så långt det är möjligt tillgodoses patientens sjukvårdsbehov nära där de bor eller vistas, utifrån patienternas egna fria val. eHälsa/Ehälsotjänster förväntas öka vårdens tillgänglighet, möjliggöra kommunikation för patienter och vårdgivare, och skapa delaktighet, tydlighet och trygghet. Patienter med stora och särskilda behov uppmärksammas och erbjuds tjänster som ger stöd, samordning och kunskap (Framtidsplanen för hälso- och sjukvården, 2012, s. 8)."

I Framtidsplanen uppges teknologin vara i sin linda, varför många nya tjänster förväntas tillkomma. I landstinget framhålls eHälsa som en viktig grundpelare som avser utgöra den nyck-

[187] För mera information om MVK, se 1177.se Vårdguiden.

el som ger medborgaren vård på lika villkor, genom att vara smart och säker. Även vårdgivare förväntas uppnå fördelar med eHälsa, genom att effektivare och patientsäkrare arbetssätt möjliggörs i samspel med närstående. Samtidigt som vårdsystemet som helhet antas bli billigare genom att vård på sjukhus aktualiseras för de som bäst behöver det, där nätverkssjukvården ger patienten:

> [...] möjlighet att välja vårdgivare utifrån sina behov och förutsättningar och kan vara med och påverka sin vård. För att patienten ska hitta rätt och bli en medaktör i den egna vården [...] (Framtidsplanen för hälso- och sjukvård, 2012, s. 11).

I landstingets vision om nätverkssjukvård har patienter och närstående en mer aktiv roll som medaktörer i vården, genom en vård som framstår som ett oprövat nätverksteknologiskt vårdkoncept. Ett vårdkoncept som genom olika styrdokument på olika sätt samtidigt indikerar att koncepet såväl förutsätter som inbegriper en autonom och välinformerad patient som förmår navigera och "hitta rätt". Detta gör det begripligt att hälso- och sjukvårdsstrukturen ska stödjas och utvecklas i en riktning, så den upplevs som tillgänglig, trygg och tydlig:

Främst fem strategier framhålls som betydelsefulla:

1. Enskilda patienter ska ges *specifik information*, rörande sjukdom och fortsatt vårdförlopp.

2. Utvecklade *hänvisningsverktyg*, där Vårdguiden kan utvecklas som ett verktyg för såväl akut som planerad tidsbokning.

Varumärket "1177 Vårdguiden" utgör en nationell informationsfunktion, vilket är ett exempel på en utveckling som inrymmer en sjukvårdsupplysningsfunktion i vid bemärkelse. 1177 Vårdguiden utgör ett viktigt inslag i den svenska hälso- och sjukvården, eftersom den i sin webbaserade utformning även framträder som ett slags grindvaktsliknande funktion gentemot vårdcentraler och akutvårdsinrättningar som ska styra patienter till "rätt" vårdnivå:

> 1177 Vårdguiden är hela Sveriges samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. Vi erbjuder sjukvårdsrådgivning, information, inspiration och e-tjänster. Vi finns på webb och telefon och har öppet dygnet runt. Webbadressen är 1177.se och telefonnumret 1177 gäller nu för sjukvårdsrådgivning i hela landet. Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska sjukvården genom alla landsting och regioner i samverkan (1177 Vårdguiden, 2014).

3. Utveckla *vårdpersonalens kompetens*, när det gäller hur patienter bäst får akuta eller planerade behov tillgodosedda i vårdsystemet.

4. *Aktiv hälsostyrning*[188] *med vårdcoacher*, för patienter med stora återkommande behov, till exempel multisjuka.

5. *Standardisering av de hälso- och sjukvårdsbegrepp och termer* som används, när nätverkssjukvården med eHälso-tjänster förstärks.

I Framtidsplanen framgår att utvecklingen av nätverkssjukvård avgöras av huruvida:

> [...] det finns rätt kompetens bland hälso- och sjukvårdspersonalen och IT-lösningar som binder samman vårdens alla aktörer i ett nätverk samtidigt som patientens integritet säkras (Framtidsplanen för hälso- och sjukvården, 2012, s. 11).

[188] Aktiv hälsostyrning beskrivs som ett "...tillfälligt, individanpassat stöd som utförs av en specialistutbildad sjuksköterska, även kallad vårdcoach (Framtidsplanen för hälso- och sjukvården, 2012, s. 12, fotnot 6)."

Samtidigt framhålls att utvecklingen av en nätverkssjukvård som förmår ugå från patientens behov kräver styrning utifrån såväl ett patient som systemperspektiv, varför styrningsstrategier uppges behöva utvecklas och samordnas vidare för att ge samtliga vårdgivare samma möjligheter att bidra till vad som beskrivs som "det samlade vårdsystemet". Denna styrning handlar ytterst om föreställningen om förutsägbara patientflöden, med syfte att effektivisera resursutnyttjandet av vårdgivarnas komptens. Detta genom att patienten tas om hand "i rätt tid på rätt plats".

Utifrån fyra olika strategier förväntas patientströmmar styras till "rätt" vårdnivå:

1. *Incitament för att minska återinläggningar*, genom uppföljning och ekonomisk ersättning utifrån kvalitetsindikatorer

2. En *modell för identifiering av riskgrupper* för proaktiva insatser, genom systematisk analys av vårddata rörande vårdkonsumtion

3. *Incitament för helhetsansvar för patienter i primärvård*, när det gäller såväl akut som planerad vård

4. *Stödsystem för remisser och vårdprogram*, där remitteringshanteringen kan utvecklas för att styra patientflöden till "rätt" kompetensnivå och därigenom antalet läkarbesök

Genom landstingets vision och synsätt på nätverksjukvård som framtida vårdpraktisk lösning, så framträder en bild av ett nätverksteknologiskt vårdkoncept - där ASiH fått en utvidgad funktion med annan roll jämfört med 2008. Det innebär att den palliativa vårdfilosofi som sedan långt tidigare såväl motiverat som präglat ASiH verksamheters uppdrag, nu framstår som betydligt nedtonad jämfört med verksamhetsuppdraget från 2008. Av de styrdokument och ramvillkor som tillkommit därefter, så tornar ASiH verksamheter istället upp som viktig nyckelaktör inom ramen för en kommande nätverksjukvård. Detta genom att regleringen av patientvårdflöden (till och från akutsjukhusen) står i centrum för ASiHs fortsatta övergripande effektmål, varför LEON-principen istället utkristalliserar sig som hela vårdsystemets överbryggande "vårdfilosofi". Även om ASiHs palliativa verksamhetsinriktning påtagbart ska kvarstå i uppdraget, och även från 2013 kunna inkludera nya patienter med palliativa behov (till exempel multisjuka äldre) - så öppnas ASiH ofrånkomligen upp för andra typer av patientmålgrupper genom nätverkssjukvårdskonceptet. Att begreppet "stödjande vård" (supportive care)[189] introduceras, kan betraktas som ett exempel på denna utvidgade funktion, med en utveckling mot att flera nya patientgrupper ska erbjudas ASiH framöver (istället för en vårdplats på akutsjukhus) - varför vård i hemmet ska aktualiseras och erbjudas patienter i många andra syften än främst palliativa:

> För att möta patienternas samlade behov och för att få till bra flöden till och från akutsjukhusen behöver alternativa vårdformer för den specialiserade vården byggas ut. Insatser inom så kallad stödjande vård (supportive care) utvecklas för att undvika medicinskt omotiverade inläggningar på och för att underlätta utskrivning från akutsjukhusen. Detta berör patientgrupper med behov av medicinsk eftervård och som på grund av kvarstående stora omvårdnadsbehov inte kan skrivas ut till hemmet (Framtidsplanen för hälso- och sjukvården, 2012, s. 21).

[189] Stödjande vård (supportive care) finns ännu inte [2014-11-02] definierat i Socialstyrelsens termbank.

9.3.2 Avtalet med beställaren 2013-

Från den 15e januari 2013 så bedrivs ASiH utifrån nya premisser i jämförelse med 2008. Det nya vårdavtal som trädde i kraft gäller för cirka tre år framåt och inbegriper normalt 12 månaders uppsägningstid. Vårdavtalet är tecknat i linje med lagen om valfrihet (LOV), vilket innebär valfrihet för patienter mellan olika godkända ASiH-aktörer i ett större geografiskt område, inom vilket det råder en fri etableringsrätt, konkurrens och främjande av en mångfald aktörer.

9.3.2.1 Vårdval ASiH enligt LOV

Att vårdval för patienter introducerades rörande ASiH innebar även ett nytt slags vårdavtal med Beställaren, där ASiH verksamheter fortsättningsvis ska bedrivas och utgå från de explicita krav som ställs på samtliga (av Beställaren godkända) ASiH-utförarna - utifrån ett gediget så kallat *Förfrågningsunderlag.* Underlaget utgörs av olika slags anvisningar i nio olika delar på totalt dryga 80 sidor, som välkomnar presumtiva vårdgivarintressenter att inkomma med ansökan om erhållande av tillstånd att bedriva ASiH. Förfrågningsunderlaget är omfattande och betydligt mer detaljerat[190] i jämförelse med 2008, och innefattar olika avsnitt med; *Inledande information, anvisningar, villkor, vårdavtal, specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, ersättningsvillkor, rapportering, informationshantering* och *allmänna villkor*.

Dokumenten synliggör vad som krävs för att såväl kunna erhålla som upprättahålla ett tillstånd att bedriva ASiH fortsättningsvis, där ett betydande antal "ska-krav" som ska uppfyllas även kommer följas upp. Godkännande-processen från Beställarens sida utgår från dessa skriftliga underlag med bedömning av begärda uppgifter, med möten och löpande uppföljningar samt verksamhetsbesök och checklistor som avser stämmas av inför en driftsstart.

Av förfrågningsunderlaget som riktar sig till samtliga presumtiva ASiH verksamhetsaktörer i landstinget, så framgår att syftet med vårdval sammantaget handlar om att:

> [...] stärka patientens ställning med ökade möjligheter att fritt välja vårdgivare och att tillgängligheten till vården ska öka. [...] Med en fri etablering inom vårdvalet avses mångfalden av vårdgivare öka. Vårdvalet ska ge alla sökanden samma villkor (Ur: Förfrågningsunderlag vårdval Avancerad sjukvård i hemmet, 2012, s. 1).

Genom vårdval ASiH enligt LOV så ska patienter i behov av ASiH inte längre hänvisas (och ska därför varken rekommenderas eller remitteras per automatik) till särskilt geografiskt beläget upptagningsområde eller ASIH verksamhet, utan patienten ska istället själv aktivt välja bland utförare som godkänts av Beställaren. För att möjliggöra ett vårdval av ASiH så har landstinget delats in i åtta olika geografiska områden, inom vilka konkurrensneutralitet ska råda mellan godkända utförare - som patienten får välja mellan. Som ett stöd för detta har ett webb-baserat hjälpmedel utvecklats, som i realtid synliggör tillgängliga valbara vårdplatser hos olika ASiH-aktörer. Om det är fullt hos en vald aktör, kan patienten sättas i kö eller välja en annan aktör. På detta sätt har en ASiH-marknad skapats från den 15e januari 2013, med fri etablering och konkurrens mellan verksamheter samt valfrihet för patienter mellan aktörer som fått tillstånd bedriva ASiH i ansökt område.

---

[190] Efterfrågade uppgifter handlar om allt från till exempel antalet inkomna remisser under ett visst tidsintervall, till hur många remisser som har besvarats inom 4 timmar till frågor rörande miljöaspekter på de färdmedel som används. Ttill exempel förbrukning av drivmedel (och typen av drivmedel) av de bilar som används av ASiH.

Som i tidigare avtal från 2008 så följer Beställaren löpande ASiH-vårdgivarens arbete, vilket inbegriper:

> [...] analys och kontroll av inrapporterade verksamhetsdata, statistiska underlag, kvalitetsutfall, uppföljningsmöten och revisioner samt om Vårdgivaren följer lagar och förordningar och landstingets policys. Om beställaren konstaterar att Vårdgivaren brister i sitt åtagande kan Beställaren vidta sanktioner mot Vårdgivaren. Beroende på bristens allvarlighet tillämpas olika sanktioner (Ur: Avtal vårdval Avancerad sjukvård i hemmet, 2012, s. 3).

I det nya vårdavtalet så har "tonen" från Beställarens sida skärpts i jämförelse med 2008. Ett tilltagande fokus på uppföljning framträder överlag, genom ett utökat digitaliserat dokumentations- och återrapporteringsarbete i diverse system och register. Detta ska ge Beställaren kontroll, uppföljning och övervakning genom olika parametrar, som följs och efterfrågas för att kunna mätas och bedömas. Utfallet av återrapporteringsarbetet ska dels ge Beställaren en bild av verksamhetskvalitet, men det utgör även underlag för ekonomisk ersättning till ASiH-aktörer. Betydelsen av korrekt rapportering betonas, och det finns därför även en rapporteringsinstruktion till Vårdgivaren. Detta är således ett sätt att såväl försöka säkerställa som styra att säker vård upprätthålls, genom att kontrollera att regler och överrenskommelser i ett tecknat avtal följs för patientens räkning. Ett åsidosättande av skyldigheter eller bristfällig/felaktig inrapportering utgör risk för verksamhetssanktioner, som till exempel skriftlig varning, innehållande av ekonomisk ersättning eller vite. När det gäller följsamhet rörande kvalitet, så finns som tidigare särskilt angivna kvalitetsindikatorer (med lägsta nivå) som ska följas - där avvikelse kan medföra såväl varning, vite som ytterst uppsägning av avtal. Samtidigt som det i avtalet framgår att Beställaren har rätt att ändra villkoren och tillhörande bilagor, som en följd av politiska beslut i landstinget.

9.3.2.2 Uppdragsbeskrivningen

I vårdpraktisk bemärkelse har vårdval ASiH inneburit ett nytt och mer omfattande verksamhetsuppdrag för ASiH-verksamheter. Detta innebär samtidigt att uppdragsbeskrivningen ger utrymme att erbjuda flera nya patientgrupper ASiH, vilket även går i linje med ASiHs övergripande effektmål om minimerad vårdtid på sjukhus - utifrån LEON-principen som ledstjärna. I Beställarens Förfrågningsunderlag, så framgår av den nya verksamhetsbeskrivningen för ASiH att:

> Syftet med avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) är främst att erbjuda patienter, med komplexa symtom/behov, vård som kan ersätta slutenvård på sjukhus.
>
> Vårdgivaren ska dygnet runt erbjuda patienter, med förutsägbara och särskilda behov, en läkarledd och multiprofessionell vård med hög kvalitet och tillgänglighet i hemmet. För övrigt så ska Vårdgivaren utföra uppdraget enligt specifik uppdragsbeskrivning och uppföljningsplan som finns beskrivet i Förfrågningsunderlaget. Vårdgivarens uppdrag är att under inskrivningstiden ta ett helhetsansvar vilket innebär att Vårdgivaren ska samverka med vårdgrannar.
>
> Vårdgivaren ska arbeta konsultativt för att möjliggöra vård enligt LEON-principen, Vårdgivaren ska även tillhandahålla enstaka palliativa insatser som kräver specifik reell kompetens till patienter i särskilt boende för äldre och patienter hälso och sjukvård i öppenvård.
>
> Vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan [landstinget], och andra huvudmän och som be-

> rör Vårdgivarens uppdrag, se [webbaserat kommunikationsverktyg till vårdgivare]. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå (Ansökan Vårdval Avancerad sjukvård i hemmet, 2012, s. 7).

I landstingets specifika uppdragsbeskrivning framgår att medicinsk och medicinteknologisk utveckling medfört att allt fler patienten kan vårdas i hemmet, i öppen vårdform och med bibehållen hög patientsäkerhet inom ramen för nätverkssjukvård. Primärvård ska dock utgöra absolut stomme i hälso- och sjukvården, och där ASiH framhålls som en sjukvårdsproducerande medaktör som möjliggör hemvistelse istället för sjukhusvistelse och träda in när:

> [...] grundläggande medicinsk behandling inte räcker till utan patientens behov är mer resurskrävande vilket gör att han/hon behöver insatser av ett läkarlett multiprofessionellt team dygnet runt, finns ASiH som ett alternativ eller komplement till sjukhusvård.
>
> De kommande strukturförändringarna inom [landstinget] och arbetet med [framtidsplanen] för hälso- och sjukvården kan förväntas leda till att målgruppen och uppdraget förändras under avtalsperioden (Specifik uppdragsbeskrivning, 2013, s. 1).

ASiH är avsett för patienter som av hälsomässiga skäl: "...inte kan ta sig till en mottagning eller vårdcentral för att få sitt vårdbehov tillgodosett (Specifik uppdragsbeskrivning, 2013, s. 2)." Jämfört med 2008 är den explicita och återkommande ledstjärnan att vård ska bedrivas och erbjudas inom ramen för LEON - principen. LEON återkommer allt oftare och tydligare som inslag i olika styrdokument, avtal och framtidsvisioner efter 2008, och framstår främst som en påtagbar prioriteringsprincip i nya ramvillkor från 2013. Detta gäller den medicinska grunden som ska prägla läkarens beslutsfattande i remitteringsförfarandet, där LEON-principens praktiska innebörd framgår av det aktuella regelverket[191] - vilket tydliggör att patienters valfrihet (trots LOV) är villkorad så tillvida att valfrihet avser vård på en beslutad lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON):

> Remissen ska utfärdas i samråd med patienten utifrån ett antaget/säkerställt medicinskt behov. Remissen ska sändas till rätt vårdgivare på rätt vårdnivå enligt LEON-principen. [...] patienten har rätt att besluta vart remissen ska skickas. Patienten har valfrihet endast inom samma vårdnivå enligt LEON-principen (Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå), (Tjänsteutlåtande från landstinget, 2009, s. 2 (5)).

Förkortningen LEON, framstår i ASiHs landstings olika styrdokument främst som en praktisk vägledare i remitteringsförfarandet för läkare, vilka för patientens räkning ska hitta Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå (Tjänsteutlåtande, 2009-12-11). Det har emellertid inte gått hitta någon ytterligare förklaring, definition, vägledning, källa eller referens rörande LEON-principens närmre innebörd i landstinget och dess möjliga avsikt och ursprung.[192] Det går samtidigt hitta exempel i andra landsting som tyder på på annan innebörd av LEON-principen, vilket då benämns och tycks handla om ”Lämpligaste” vårdnivå och inte ”Lägsta

[191] Regelverket trädde i kraft 1 april 2010 i aktuellt landsting, och bygger på bindande författningar rörande remittering och ansvar för detsamma: SOSFS 2004:11 samt SOSFS 2005:12.

[192] En informationsinventering [2013-11-27] utifrån sökkedjan: ”LEON-principen” i google (993 träffar), samt i google scoolar, Socialsstyrelsens teminologibank, Rikstermbanken samt Sveriges kommuner och landstings hemsida gav vid handen att LEON-principens ursprung tycks kunna spåras åtminstone till 1969 i en lärobok i psykiatri av Clarence Blomqvist, som var en medicinetikens pionjär i Sverige. Blomqvist värjde inte för kontroversiella medicinsk-etiska frågor, innnefattande såväl yrkesetik, läkarrollen som frågor om dödshjälp. [http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=17316]

vårdnivå" (Region Halland, 2013). Detta ger ett intryck av att landstingets avsikt med formuleringen (lägsta vårdnivå) har tonvikt på ekonomisk prioritering för optimerat resursutnyttjande inom ett vårdsystem, snarare än på patientens lämpligaste vårdnivå relaterat till vårdbehov. Det finns även exempel på äldre dokument från andra landsting där LEON-principen direkt har kopplats till ett systematiskt prioriteringsarbete, som är tänkt genomsyra vårdpraktiken och främja positiva systemeffekter för vårdsystemet i sin helhet:

> Att systematiskt arbeta efter LEON-principen, dvs. Att vården alltid ges på Lägsta Effektiva OmhändertagandNivå, kan ge stora effekter på vårdorganisationen och resultatet. Det innebär att man, med patientens behov i centrum, aktivt söker efter möjligheter att fullt ut använda och främja hela vårdorganisationens och personalens kompetens. LEON-principen kan användas som hjälpmedel i arbetet med att skapa utrymme för det som ska prioriteras (Landstingskontoret Västerbottens läns landsting, 2002, s. 41).

I *Specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning vårdval* för *avancerad sjukvård i hemmet* så inleder Beställaren den nya uppdragsbeskrivningen med att slå fast "Generella krav" för erhållande av ASiH, där underliggande prioriteringsfrågor (rörande tillgång till vårdformen) och "intagnings-kriterier" framträder på ett tydligare sätt i jämförelse med den uppdragsbeskrivning som förelåg 2008. I ASiHs nya uppdrag kan även barn och ungdomar inkluderas, om så önskas av vårdnadshavare - men då i samverkan med kunniga inom barnsjukvård i hemmet. Frågan om samverkan framstår och återkommer som en bärande princip även i den nya uppdragsbeskrivningen, samtidigt som det av "Generella krav" framgår att det vårdgivaren utöver patientens behov ska bedöma huruvida ASiH är korrekt vårdnivå att erbjudas patienten:

> Patientens behov, uppgifternas komplexitet och frekvens av behövda insatser ska avgöra vilken nivå hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ska tillhandahållas. När patientens behov är komplexa eller patienten har särskilda behov som kräver snabba bedömningar av läkare eller patienten har behov av insatser som kräver hög tillgänglighet, särskild kunskap och kompetens ska han/hon erbjudas vård inom ASiH (Specifik uppdragsbeskrivning, 2013, s. 3).

De generella kraven i ASiHs uppdragsbeskrivning signalerar att vårdnivån är minst lika betydelsefull som det medicinska vårdbehovet, vilket ger förståelse för varför LEON-pincipen framhålls tillsammans med samverkansfrågan som en bärande princip i det nya avtalet på ett tydligare sätt än 2008. Generella krav inbegriper en mängd detaljerade "ska-krav", som synliggör VAD en vårdgivare förväntas åstadkomma mer konkret. Dessa VAD-krav som även kan omformuleras i ATT-satser, går mångt och mycket rent vårdpraktiskt även i linje med innebörden av avtalet 2008.

9.3.2.3 Målgruppsbedömning och ASiHs praktiska åtagande

När nytt vårdavtal trädde i kraft 15 januari 2013, så upphörde ASiHs tidigare målgruppsindelningsystem[193] från 2008 - vilket ersattes av ett indelningssystem med generellare patientmålgrupper där ASiH fick en bredare "funktion" och roll inom ramen för en kommande nätverksjukvård. I den specifika uppdragsbeskrivningen framgår emellertid på ett tydligare sätt än

[193] Målgruppindelningssystemet 2008 innebar att ASiHs patienter kunde riktas till två målgrupper, dels ett helhetsansvar som enbart erbjöds cancerpatienter (målgrupp 1). Patienter med andra sjukdomstillstånd (målgrupp 2) kunde erjudas avgränsade avancerade sjukvårdsinsatser av ASiH, där vårdcentralen kvarstod som huvudanasvarig för patienten och dennes övriga eventuella sjuklighet och möjliga andra vårdbehov.

2008 att ASiH från 2013 är en vårdform som kräver acceptens av närstående i ett hushåll, och att målgruppen för ASiH avser patienter som antingen är införstådda och har valt (eller som inte valt) - men som ändå accepterat vård i hemmet.

När det gäller det nya målgruppsindelningssystemet, så ska ASiH från 2013 antingen utgöra ett alternativ till vård på sjukhus, eller ett komplement till primärvården om eller när basal hemsjukvård är otillräckligt. Samtidigt har remitteringsförfarandet "stramats upp" på ett påtagbart sätt i jämförelse med 2008, i den bemärkelsen att det skett en utveckling med nya detaljerade instruktioner som stöd i remitteringsförfarandet. Detta utgörs av bedömningskriterier, en tillhörande remissblankett och en tämligen detaljerade vägledning för läkaren i remitteringsproceduren. Det är uppenbart att även remitteringsförfarandet från 2013 ska genomsyras av LEON-principen, vilket innebär ett viktigt första prioriteringsarbete för remittenten. Patienten ska i detta första steg hänvisas till rätt vårdnivå av den remitterande läkaren, och där följande introducerande instruktion möter läkaren i remitteringen till ASiH:

> Vid remittering till ASiH är det viktigt att säkerställa rätt vårdnivå. Du som ansvarig läkare bedömer om vård kan ske utanför akutsjukhus och om patienten tillhör någon ASiH målgrupp. Ytterligare beslutsstöd för remittering får du av bedömningskriterier, vägledning som stöd för val av hemsjukvårdsnivå och remissblankett, länken till dessa finns under det här stycket under rubrik *Bedömningskriterier och remissblankett*. (ur: landstingets webbportal med information till vårdgivare, 2014).

I den information som därefter följer, så instrueras läkare att omgående påbörja dialog så övertagande av patienten kan ske på " rätt vårdnivå i rimlig tid". Därefter följer en pedagogisk instruktion med 10 detaljerade punkter som klargör för remittenten "så här går du tillväga", vilket inleds med att (1) patienten delges information om remiss och avslutas med (10) att underskriven vårdvalsblankett översänds för slutförvaring hos av patienten vald vårdgivare.

Remittering till ASiH för erhållande av avancerad sjukvård i hemmet, förutsätter först och främst att det föreligger ett sjukdomstillstånd eller en sjukdoms- och symtombild hos patienten som faller inom tre följande målgrupper:

- *Stabilt sjukdomstillstånd*, där patientens behov utgörs av "...specialiserad medicinsk vård och omvårdnad som kräver specifik reell kompetens och hög tillgänglighet för att kunna vårdas utanför akutsjukhus."
- *Allvarlig kronisk sjukdom,* där patientens behov utgörs av "...specialiserade medicinska och omvårdnasmässiga insatser som kräver specifik reell kompetens eller hög tillgänglighet för att kunna vistas hemma."
- *Komplex sjukdoms- eller symtombild,* som är en följd av att patienten "...inte svarar på sjukdomsmodifierande behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid och är i behov av komplexa symtomlindrande medicinska och omvårdnadsmässiga insatser dygnet runt."

Om en remitterande läkare bedömer att patienten tillhör någon av ovanstående tre patientmålgrupper, så behöver emellertid fyra ytterligare bedömningskriterier uppfyllas innan en remiss skrivs till ASiH - vilket handlar om att fyra ytterligare behov ska föreligga hos patienten:

- *Högt kontinuitetsbehov*, av specialiserade medicinska och omvårdnadsmässiga insatser för att patienten ska kunna vistas/vårdas i hemmet.

- *Högt tillgänglighetsbehov*, av specialiserade medicinska och omvårdnadsmässiga insatser för att patienten ska kunna vistas/vårdas i hemmet.
- *Korrekt vårdnivå*, som av vårdgivarens säkerställts att patientens behov inte kan tillgodoses inom ramen för ett husläkaruppdrag (vårdcentralen).
- *Teambaserat behov*, av ett multiprofessionellt team för att patienten ska kunna vistas/vårdas i hemmet.

Sedan 2008 har en påtagbar utveckling fortsatt i landstinget rörande remisser och remitteringsförfarandet till ASiH, där en hög detaljeringsgrad införts i nya instruktioner som riktas till remitterande läkarkår. I en webbaserade informationsplats till vårdgivarna i landstinget, så återfinns en ny "mall" som ska användas vid utformning av remisser. Detta innebär att remissen ska (om bedömningskriterier och målgruppsuppfyllelse föreligger för remittering), ge detaljerad klarhet om följande frågor och områden:

- Huruvida patienten gjort ett vårdval av vårdgivare.
- Huruvida patienten gett informerat samtycke till sammanhållen journalföring.
- Vilken information som delgivits patienten och närstående om allvarlighet (botbart/icke botbart).
- Patientens diagnos, sjukdomshistoria, symtom/ nulägsstatus, vård- och omsorgsbehov samt pågående behandlingar med dess syfte/mål (inklusive uppföljning av behandling hos annan remittent/vårdgivare).
- Kontakter som tagits eller redan finns för patientens räkning, så som biståndshandläggare och eventuell förekomst av kontakter rörande; (1) kommunal hemtjänst, (2) paramedicinsk insats från primärvård, (3) kurator, präst eller annan, (4) primärvården och (5) insatser av hemsjukvård.

Att tydligare instruktioner utvecklats sedan 2008 framstår som begripligt genom den bild som framkom i forskningsstudiens första fas (se kapitel 6.3.4), med säkerhetsproblem som en följd av oklarheter i remisserna till ASiH. De oklarheter som framkom rörande ASiHs remisser ("patientuppdrag") 2008 kom till uttryck i remisskorrespondensen (delstudie 2). Resultaten från 2008 visade att oklarheterna var så betydande, att det gav upphov till säkerhetsstrategier från ASiHs sida i form av återkommande förtydliganden som en följd av bristfälligt innehåll i remisser. Detta var särskilt påtagbart när snabba utskrivningar från akutsjukhus skulle aktualiseras, eftersom remissernas oklarheter var knepigt att hantera med kort varsel för snabb patientanslutning vid ASiH för att realisera säker avancerad vård i hemmet. Förtydligande förekom inom fem områden 2008:

- Uppdragets (remissen till ASiH) innebörd, omfattning och inriktning.
- Roller och ansvarsfördelning.
- Patientens och närståendes autonomi och ADL-status.
- Bostadsanpassningsbehov och andra "praktikaliteter".
- Trygghets- och tillitsbehov för patient, närstående och personal.

Som komplementärt kunskapsmaterial kan nämnas en sammanställning av andra förekommande "remiss-problem" som landstingets förvaltning (LF) publicerat 2010, vilken återfinns i

den publika webbportalen till vårdgivarna i form av en powerpoint presentation. Det handlar om en delvis annan typ av remiss-problem, eftersom uppmärksamheten riktats mot aspekter som framstår som betydelsefulla för främst effektivisering av landstingets remitteringsprocedur. LFs sammanställning av problem 2010 indikerar att tydligt ansvar, gemensamt digitalt teknikutnyttjande samt standardisering efterfrågas för att "styra upp" remitterande läkare, och på så sätt optimera remitteringsprocessen för patienters räkning i strävan mot säker vård:

- Få använder e-remiss
- Inga gemensamma journalsystem
- För långa ledtider[194]
- Ansvar för remissen är otydligt
- Inga enhetliga riktlinjer för information till patienterna
- Gemensamma indikatorer saknas
- Enhetliga rutiner för remissbedömning saknas
- Remiss skickas till flera vårdgivare
- Remiss ”döljs” i journalkopia
- Svårlästa, handskrivna remisser

Utifrån ovanstående problembild går det konstatera, att det i forskningsstudiens första fas påvisats såväl oklarheter som svårigheter som kan relateras till både informationsinnehållet i remisser och i själva remitteringförfarandet. Samtidigt är det påtagbart att den förändring som skett i landstinget sedan 2008 innebär en utökad detaljreglering och styrning av läkarkårens remitteringsförfarande från 2013, vilket också går i linje med framtidsplanens LEON-princip. Den inslagna vägen med remitteringsproceduren kan vårdpraktiskt sammanfattas som: "rätt remiss (digital remiss), till rätt (vald) vårdgivare, i rätt tid (kort ledtid), med rätt information (enhetlig information) i linje med rätt rutiner (enhetliga rutiner)." Detta är för övrigt i överensstämmelse med rådande föreskrifter[195] inom området, där krav redan finns på tydligt ansvar och tydliga rutiner i samband med remittering. Huruvida inslagen väg med ökad detaljreglering rörande såväl remissernas informationsinnehåll som införda kriterier i remitteringsförfarandet, förmår underlätta för vårdpraktiken så de för patientens räkning snabbare kan "säkra upp" nödvändiga praktikaliteter för snabb säker vård i hemmet, är emellertid oklart. Jämfört med 2008 är detta värt att ha i åtanke genom landstingets vision om snabba utskrivningar från akutsjukhusen, med utökade möjligheter till vård i hemmet (med eller utan ASiHs hjälp) - för allt fler patienter med nya och varierande sjukdomstillstånd.

[194] Ledtid avser tidsåtgång, från att en process börjar tills dess syfte är avslutat. Uttrycket är vanligt inom logistik, företagsekonomi och informationsteknologi - och inte minst inom lean production (LP). LP är en filosofi om reurshantering, vars syfte är att generera mervärde till kund genom korta ledtider. För vidare läsning om arbetsorganisation i praktiken, se till exempel Börnfelt (2009).
[195] SOSFS 2004:11 (M) Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera.

9.3.2.4 Patientuppdragen

Transformationen som ASiH genomgick hösten 2012 genom nytt verksamhetsuppdrag, medförde att målgruppssystemet från 2008 med två målgrupper upphörde, varefter en ny målgruppsindelning med tre målgrupper framkom senare i styrdokument våren 2013 - med helhetsansvar för samtliga patientmålgrupper fortsättningsvis. Utifrån styrdokument i landstingets webbportal (som riktas till vårdgivare), så framgår att ASiHs verksamhetsuppdrag öppnat upp för flera nya diagnoser och sjukdomstillstånd jämfört med 2008. Från 15 januari 2013 så gäller helhetsansvar över samtliga patienter som ansluts vid ASiH, och detta oavsett patientuppdragets eller insatsens innehåll, omfattning och tidslängd. Helhetsansvar medför även att ASiH axlar arbetsuppgifter från vårdcentralen, eftersom den kopplas bort när patient ansluts till ASiH. Detta betyder en nytillkommen vårdcentralslikande roll för ASiH med helhetsansvar dygnet runt vid såväl små insatser som större patientuppdrag när avancerade sjukvårdsinsatser aktualiseras och pågår, vilket gäller oavsett behovets tidsmässiga duration om fattning: till exempel korta, välavgränsade eller tillfälliga insatser eller vid längre insatser i form av mer sammansatta patientuppdrag med icke tidsbestämt slut:

- *Stabilt sjukdomstillstånd*, där patientens behov utgörs av "...specialiserad medicinsk vård och omvårdnad som kräver specifik reell kompetens och hög tillgänglighet för att kunna vårdas utanför akutsjukhus."
- *Allvarlig kronisk sjukdom,* där patientens behov utgörs av "...specialiserade medicinska och omvårdnasmässiga insatser som kräver specifik reell kompetens eller hög tillgänglighet för att kunna vistas hemma."
- *Komplex sjukdoms- eller symtombild,* som är en följd av att patienten "...inte svarar på sjukdomsmodifierande behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid och är i behov av komplexa symtomlindrande medicinska och omvårdnadsmässiga insatser dygnet runt."

Patientmålgrupper enligt ovan går i linje med effektmålet för ASiH från 2013 (se nedan), som jämfört med 2008 förmedlar ett explicit syfte där ASiH utgör ett slags vårdplatsregulator genom att "...möjliggöra tidigare utskrivning från slutenvård av patienter med komplexa symtom och behov."[196] Samtidigt som ASiH ska avlasta slutenvårdsinrättningar och miniera inläggning på sjukhus, vilket ska genomföras med ASiHs engagemang genom strukterade multiorganisatoriska samarbeten för varje enskild patients räkning. Detta innebär att ASiHs patientuppdrag från 2013 utgår från en ny roll och funktion i orientering mot ett samverkanspräglat nätverkssjukvårdskoncept. Som vårdplatsregulator ges ett intryck av att ASiH nya roll förväntas generera besparingar i stort, vilket framgår i styrdokument[197] genom det nya effektmålet för 2013, där ASiH ska eftersträva att:

> Minska inflödet [av patienter][198] till akutsjukhusen genom
>
> - ett strukturerat samarbete med primärvården, med annan vård och omsorgsgivare [oavsett huvudman] samt med sjukhusen i syfte att optimera omhändertagandet, i öppenvården, av kroniskt sjuka patienter med särskilda eller komplexa behov

[196] Detta framkom i förtydligande dokument av "förekommen anledning" - daterat 30 april 2013, och som återfinns i Landstingets webbportal som riktar information och instruktion till vårdgivare.
[197] Ur: Förfrågningsunderlag enligt LOV Godkännande att bedriva Avencerad sjukvård i hemmet (ASiH).
[198] Min förtydligande anmärkning.

Öka utflödet [av patienter][199] från akutsjukhusen genom

- ett strukturerat samarbete med sjukhusen för tidigare utskrivning från vårdavdelning av patienter med komplexa symtom/behov

- ett strukturerat samarbete med specialister för tidigare inskrivning av patienter med kronisk sjukdom

- att etablera kontakt med patienter i tidigt palliativt skede

(Ur: Specificerad uppdragsbeskrivning och uppföljning vårdval, 2013, s.7).

Transformation mot nytt verksamhetsuppdrag med nya patientmålgrupper innebar en betydande omställning från hösten 2012 fram tills 15 januari 2013, samtidigt som introduktion av vårdval introducerades för vårdgrenen ASiH. Detta medförde snabbt en stor variabilitet av inital oklar innebörd avseende patientuppdragens och insatsernas: vårdtygd, omfattning och patientstatus. Samtidigt som ett växande och oklart antal okända presumtiva samverkanspartners jämfört med 2008 tillkom, vilka även var utspridda med oklar utpost över ett större geografiskt upptagningsområde. Nya patientuppdrag genom ny bred patientmålgruppsformulering medförde även att flera nya patienter med mindre kända diagnoser och sjukdomstillstånd fick möjlighet erbjudas ASiH i hemmet, istället för vård på sluten vårdinrättning. Detta var patientgrupper ASiH saknade mindre förtrogenhet med, jämfört med 2008 - varefter utbildningsinsaser planerades för att kunna möta detsamma. Helhetsansvaret för ASiH medförde även att arbetsuppgifter överfördes från vårdcentraler till ASiH, som fick sammanhållande roll med ansvar att nu följa och överblicka samtliga förekommande vårdbehov och hemsjukvårdsinsatser (inte bara avancerade sjukvårdsinsatser). Utöver detta är patienterna mer geografiskt utspridda över ett, såsom en läkare uttryckte "geografiskt upptagningsområde som kosmos" - med långa transportsträckor som följd. En stor skillnad mot 2008s patientuppdrag och insatser, handlar om att LEON-principen utgör en återkommande ledstjärna 2013. Detta innebär att patienterna inte ska var inskrivna vid ASiH "i onödan", eftersom man förväntar sig ett förbättrat patientflöde till "rätt vård nivå" - i linje med effektmålet, varför patienter ska skrivas ut då patientens behov av ASiH inte uppfyller beställarens kriterier[200] för fortsatt inskrivning.

Tendenser rörande patientuppdrag:

Granskning av inkommande remisser (patientuppdrag) till ASiH och informanternas erfarenheter om det samma berör tre tidsperionder där fokus på första och andra tidsperioden avser medicinskt team, eftersom det var medicinskt team som övergick från målgrupp två patienter (med delansvar för patienter 2008) till ett helhetsansvar från 15 januari 2013. För cancerteamen rådde redan i huvudsak ett helhetsansvar 2008, varför cancerteamets remisser ingått främst i numeriskt syfte för att få fram ett jämförande antal remisser och remittenter 2013 (jämfört med 2008).

Remisser period 1 (15 september 2012 - 14 januari 2013):

Period ett ger främst en bild av en pågående konverteringsprocess, vilket ger sparsam information om patientuppdragens innebörd. Detta eftersom patienterna avser vid ASiH redan an-

[199] Min förtydligande anmärkning.
[200] Se kapitel 9.3.2.3 Målgruppsbedömning och ASiHs praktiska åtagande.

slutna målgrupp två patienter, vilka erbjöds anslutning med helhetsansvar i linje med nytt verksamhetsuppdrag (om de bedömdes uppfylla kriterier för detsamma). På så sätt framkom "inget nytt", annat än ett formellt övertagande. Om patienten tackade ja till erbjudandet, så kopplades patientens vårdcentral bort. Av cirka 120 målgrupp två patienter, så uppgavs cirka 100 ha konverterats och "blivit kvar" i ASiHs regi - men med ASiH som helhetsansvarig istället för vårdcentralen (som kopplades bort). En stor grupp innefattade så kallade multisjuka patienter, och lika så patienter som av vårdcentraler bedömts som "för sjuka" för att hanteras i vårdcentralens regi: bland annat ventilatorberoende patienter med neurologiska sjukdomar, svår hjärtsvikt och lungsjukdom.

Konverteringsprocessen framstår som tämligen smidig i den bemärkelsen att formella kontakter fanns etablerat, varför överrapportering för övertagande av patient gick snabbare. Vad som däremot blev påtagbart kännbart i vårdpraktisk frontlinje efter hand, var en påtagbart förhöjd arbetsbelastning genom att patientmängden ackumulerade - samtidigt som flera nya och mindre kända arbetsuppgifter framträdde efterhand för ASiH. Detta avsåg inte sällan "undersköterskeuppgifter" som vårdcentralen tidigare ansvarat för, vilket inte framgått tydligt nog förrän det var ett faktum för ASiH. Som exempel kan nämnas hjälp, skötsel eller rekvisition av; katetrar, inkontinenskydd, stomier, sondnäring, stödstrumpor med mera. ASiH blev på så sätt en sorts avancerad sjukvårdscentral där det medicinska teamets sjuksköterskor fick en distriktssköterskeroll, samtidigt som undersköterskor hade nyanställts för att ingå i teamet för just detta ändamål med nya arbetsuppgifter. Nya arbetsuppgifter medförde att närmre kontakt med hemtjänst framstod nödvändigt, eftersom ASiHs sjuksköterskor i det närmaste fick rollen som arbetsledare för hemtjänst - samtidigt som hemtjänsten nu plötligt kom att utgöra ASiHs ögon och öron på ett mer påtagbart sätt (genom helhetsansvaret) - i de fall hemtjänst beviljats och förekom för en patient. Detta innebar en ny sjuksköterskeroll där arbetsbelastningen tilltog genom att insatsbehoven ökade, varför besöken för sjuksköterskor befarandes bli längre eftersom det inte är lönsamt skicka en undersköterska och en sjuksköterska till en och samma patient för olika arbetsuppgifter. Samtidigt som det inte går delegera allt till en undersköterska.

Sammanfattningsvis visade remisserna samma typ av patienter som 2008, men med den skillnaden att patienterna framstår som vård- och omsorgstyngre i den bemärkelsen att just ansvar för vård- och omsorgsuppgifter tillkommit - gruppen patienter kan beskrivas som långtidssjuka.

Remisser i period 2 (15 januari 2013 - 14 maj 2013):

Period två avspeglar inkommande remisser de fyra första månaderna direkt efter introduktion av helhetsansvar och nya breda patientmålgrupper samt vårdval ASiH. Ett genomgående mönster är att det jämfört med 2008 är en instrumentell och formellare ton, dels eftersom remisser fått ett mer standardiserat upplägg efter ny instruktion och dels eftersom det inte längre går utläsa så mycket av remisssvaren. Annat än oftast "Tack för remissen" med hänvisning att ASiH hör av sig, och där remittenten ges kontaktuppgift vid frågor. Alternativt att patienten hänvisas vidare till annan aktör (om så önskas) genom högt remisstryck. Det är en kundorien-

tering som framträtt. Bakgrunden är även att ASiH inte kan tacka nej, om patienten passar in i målgruppen - då tar annan konkurrerande aktör vid. Det är således utbud och efterfrågan som gäller, och remittenten ska erhålla svar inom fyra timmar. Samtidigt innebär det svaret inte anslutning, utan enbart bekräftelse att remiss tagits emot - så patienter kan fortfarande ”falla mellan stolarna” och få vänta på vård (om patienten till exempel skrivs ut). Vårdval med konkurrens om patienter mellan flera ASiH aktörer i ett gemensamt och stort upptagningsområde, betyder samtidigt att det inte finns något tak för patientanslutning längre - ASiH verksamheterna får/kan expandera verksamhet och sitt utbud i takt med efterfrågan om aktören så har möjlighet och önskar. Ersättningen är lägre per patient jämfört med 2008, men ersättning ges för varje patient som ansluts (så var det inte 2008) - vilket kan stimulerar aktörer till anslutning. Samtidigt ger informanter uttryck för viss oro, rörande accumuleringen av patienter med långtidsvård med tilltagande och betydande sammansatta vård- och omsorgsbehov med ofrånkomligt tilltagande vårdtyngd. Patientuppdragens innehåll och omfattning skiljer sig inte från 2008, förutom att det är nya sjukdomstillstånd och diagnoser och att ASiH nu har helhetsansvaret - för allt, som vårdcentralet haft förut.

En tendens i remissvar är att äldre eller svårt sjuka (före detta målgrupp två) patienter med sammansatta och omvårdnadsmässigt "tunga" behov riskerar "falla mellan stolarna". Detta eftersom en förskjutning av ansvaret för dessa patienter skett från ASiH till vårdcentralerna från 15 januari, där det tycks oklart var den typen av patientgrupp ska hänvisas - ett tydligt idealtypiskt exempel återfinns nedan som synliggör att även "yngre" patienter är berörda:

> Patient med lång och komplicerad sjukdomshistoria som sträcker sig till 70-talet. [...]. Har genomgått omfattande utredningar [och behandlingsförsök] patienten har en omfattande smärtproblematik [och inslag av depressiva besvär]. Patienten har skört hälsotillstånd och vi har inte kunnat skapa en trygg hemmiljö för NN trots samtal med [äktenskaplig partner], nära och god kontakt med värdcentralen och stöd av hemtjänst. Detta har lett till täta akutbesök och långa vårdtider på sjukhus. Upplever en otrygghet hemma och säkerhet när det är motiverat att söka akut. Jag önskar anslutning till ASIH för stöd med smärtbehandling och oros/depressionsbehandling samt även mer tillgänglig medicinsk kompetens då hälsoproblem uppstår. Trots sin omfattande problematik är patienten helt adekvat och förnuftig med bra [följsamhet till behandling]. Kommer att följas tätt på XX-kliniken fortsättningsvis. Kommer nu stå kvar på xx-läkemedel vad gäller [patientens] sjukdom.
>
> (Remiss, slutenvårdsavdelning, patient född 1950-tal, Id-nr mm21).

Det är uppenbart att "svårbehandlade" i bemärkelsen även omvårdnads- och trygghetsberoende patienter riskerar att inte "passa in" i det nya nätverkssjukvårdskonceptet, samtidigt som det återkommande tar resurser från kärnverksamheter att hitta "lösningar" för patienter:

> Hej och tack för remissen! Vi får av remissen en god bild av bakgrunden. Vi bedömer det dock inte som uppenbart att patienten är i behov av avancerad specialisthemsjukvård. Därför föreslår vi konferens då vi tillsammans med er, patienten, och patientens anhöriga kan träffas hos er på XX-klinken i början av nästa vecka och resonera om vem som kan ge patienten den bästa vården. För vidare information kontakta vår remissansvarige tele xxx. Mvh NN, ö-läkare, ASIH.

En annan tendens är att det inte tycks ha framgått till remittenterna i slutenvården att målgrupp två systemet med enstaka insatser upphört som "service" till slutenvården, vilket åter-

kom efter årsskiftet genom ASiHs remisssvar där remittenter tycks tagna mer eller mindre på sängkanten genom att ställas inför detta faktum:

> Tack för remissen. Sedan 15 januari har ASiH en ny uppdragsbeskrivning, och denna typ av uppdrag ska enligt detta nu hänvisas till primärvården som ska klara sköta parenteral nutrition. Rekommenderar endera därför att i första hand remiss till närmsta vårdccentral för uppdraget. Med vänlig hälsning NN överläkare, ASiH
>
> (Remiss till slutenvård, patient född 1940-tal (Id-nr mj12).

I flertalet intervjuer framkom (rörande överföring av ASiH arbetsuppgifter till just vårdcentraler) även såväl tveksamhet, oro som oklarheter rörande vårdcentralernas förmåga att bygga upp en kompetensmässig kapacitet att hantera den typen av uppdrag. En hemsjukvårdsläkare samt distriktssköterska med gedigen erfarenhet ställde sig frågande till att det kunde komma utföras av vårdcentraler på patientsäkert sätt, eftersom de menar sig sakna möjlighet nå och upprätthålla en bemanningsprofil som kan täcka upp nödvändig beredskap med tillräcklig erfarenhet, förtrogenhet (som ASiH har) - varför de inte heller såg sig kunna arbeta upp och bibehålla den vana som krävs. Detta framhölls både som ett patientsäkerhetsproblem och arbetsmiljöproblem. Under våren (30 april) framkom att vissa vårdcentraler byggt upp en kapacitet samtidigt som variationen tycks ha varit stor. På "förekommen anledning", kom instruktionen till vårdgivarna från Beställaren att ASiH ånyo fick utföra "konsultationsuppdrag" i begränsad utsträckning rörande näringstillförsel och antibiotikabehandling när så var påkallat. Detta måste tolkas som målgrupp två uppdrag 2013, men i ny skepnad och med mer administration. Genom ASiHs transformation mot nya målgrupper, så förändrades patientsammansättningen i den bemärkelsen att andelen patienter till medicinskt team expanderade för att i pricip uppgå till cirka 50 procent av ASiHs inskrivna patienter, där andelen kvinnor är större än män (248 kvinnor, och 209 män). Inberäknat alla de ASiH-filialer som tillkommit så handlar det om cirka 457 inkommande remisser från 154 olika remitterande enheter under en fyra mnaders period - det innebär 154 olika presumtiva samverkanspartners (154 organisatoriska gränsytor).

Remisser i period 3 (15 maj 2013 - 31 augusti 2013):

Den bild som framträder är att andelen patienter med en betydligt större diagnos och sjukdomsvariation än 2008 inkommer, samtidigt som den största vårdpraktiska förändringen utgörs av helhetsansvaret, vilket medför en vårdcentralsroll och en utökad vårdtyngd som uppges svår att bedöma och mäta – där mycket beror på patienters och närståendes autonomi och förmåga att bistå i sjukvården. I vilken utsträckning som ASiHs effektmål kan uppnås, med ett utökat antal utskrivna patienter för vård i Linje med LEON-principen är för tidigt och oklart se några tendenser av. Däremot går det konstatera genom den bild som framträtt av inkommande remisser, att det är många patienter som är multisjuka med progredierande sjukdomstillstånd och därmed svåra att "skriva ut". Av det som framkommit via intervjuer rörande "patient-ackumulation", så framstår det som en etiskt knepig fråga att hantera för läkarkåren. Detta att som läkare ”tvinga fram” en utskrivning av medicinska skäl i linje med LEON-principen eftersom ASiH ger patienter och närstående en trygghet - vilket inte på samma sätt kan erhållas i primärvårdens regi (med kontorstider). Vilka patientgrupper som kan skrivas ut

i linje med LEON-principen, är därmed oklart i detta tidiga omställnings- och uppbyggnadsskede.

9.3.3 Den vårdpraktiska säkerhetsproblematiken - är den ännu relevant?

I forskningsstudiens första fas framkom en säkerhetsproblematik som var sprungen främst ur två olika typer av omständigheter, vilka vårdpraktiskt både kunde försvåra och omöjliggöra genomförandet av patientuppdrag på ett säkert sätt i samband med ASiH. Patientsäkerhetsproblematiken framstod då som mer eller mindre möjlig att förändra och påverka, och kunde 2008 summeras utifrån nedanstående två huvudteman med avseende på:

- *Patienters unikum,* den icke standardiserade patienten där förekomsten och kombinationen av olika patientunika aspekter och omständigheter som gjorde det mer eller mindre svårt att genomföra avancerad hemsjukvård i hemmet på ett säkert sätt 2008.

- *Praktiskt försvårande omständigheter*, där delat ansvar, kompetensfrågor, ensamarbete och tidspress, icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsforum och former samt tekniska hjälpmedel för samband gjorde det mer eller mindre svårt att genomföra insatser och uppdrag på ett säkert sätt inom ramen för den intermediära och multiorganisatoriska vårdform som ASiH handlade om 2008.

9.3.3.1 Problembildens karaktär 2008 - en patientsäkerhets- och arbetsmiljöfråga

2008 framträdde ett problemkomplex som påvisade hur säkerhetsproblematiken hängde samman i samband med ASiH, vilket inbegrep både risker och vårdpraktiskt försvårande problem vid patientuppdrag som aktualiserades inom ramen för den intermediära multiorganisatoriska vårdform som ASiH framstod som 2008. Problematiken berörde både patienter och personal, eftersom det framkom säkerhetsproblem med risk[201] för såväl vårdskada[202] för patienter - som för arbetsrelaterad ohälsa[203] för vårdpraktiker. Patientsäkerhetsproblematiken visade sig mycket sammansatt, och där vårdtagares säkerhet villkoras av vårdpraktikernas arbetsmiljö och understödjande förutsättningar i deras strävande mot säker vård.

Säkerhetsproblematiken utgjordes av olika vårdpraktiskt försvårande aspekter, företeelser och omständigheter på såväl mikro som makronivå, vilka samtidigt var ofrånkomligt samman-

[201] Med risk avsågs enligt Socialstyrelsens termbank [2012-04-29]: ”möjlighet till negativ händelse.” Med risk utgick jag dels från att detta berörde olika involverade parter såväl patient, personal som närstående. Dels att det handlade om subjektiv riskupplevelse betraktat utifrån vårdpraktikens perspektiv. För vidare diskussion av riskbegreppet, se *Handbok i riskanalys* (Räddningsverket, 2003, s. 21-52).

[202] Med vårdskada avsågs enligt Socialstyrelsens termbank [2012-04-29]: ”Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.” 2015-03-13 är även begreppets innebörd mer stringent och avser enligt Socialstyrelsens termbank: "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården."

[203] Med arbetsrelaterad ohälsa utgick jag från Gelin och Holms (2002) beskrivning, där motsatsen till hälsa handlar om mer än frånvaro av sjukdom – vilket innebär att andra negativa aspekter (till exempel vantrivsel av en arbetssituation) blir av betydelse för hälsomässigt tillstånd och välbefinnande. I juridisk mening berör inte termen ”arbetsrelaterad ohälsa” närstående, även om beskrivningen rimligtvis kan vara mycket relevant även för det ”ideella” vård- och omsorgsarbete anhörigvårdare bistår med i hemmet. Att närstående framhålls som än mer viktiga i patientens vård och även kan vara anställd som personlig assistent, gör inte denna fråga 2013 mindre knepig. Detta i synnerhet om de närstående inte upplevs av sig själv (eller andra) besitta tillräcklig förmåga att "räcka till" i hemmet.

kopplade och inverkade på varandra. Resultaten från 2008 synligjorde deras hemvist till fem olika domäner, (se figur 25 nedan, samt figur 22 och 23 i kapitel 5).

Strukturellt & institutionellt förhållande	**Kommunikativt förhållande**	**Medicinskt & tekniskt förhållande**	**Kompetensmässigt förhållande**	**Arbets- och verksamhetsnära förhållande**
Ekonomiska influenser	Kommunikations-form	Medicinsk- och teknisk utveckling	Kompetens	Förändrad arbetsform
Organisatoriska influenser	Kommunikations-medel	Medicinska och tekniska produkter	Upprätthållande av kompetens	Förändrad arbets- och vårdkontext
Politiska influenser	Kommunikations-aktörer	Nya/förändrade patientklientel	Fortbildning	Arbets- och organisations-psykologiska aspekter

Figur 25 Patientsäkerhetsproblematikens essens och meningsbärande enheter (domäner) 2008, (egen figur).

Ovanstående fem förhållanden (i figur 25) hade påtagbar betydelse med direkt genomslagskraft i realtid, med ofrånkomlig inverkan på daglig basis i frontlinjepersonalens vårdpraktiska möjlighet att såväl kunna eftersträva som upprätthålla säker avancerad vård i hemmet för patientens räkning i samband med ASiH. Detta givet dåvarande styrdokument, ramvillkor och övriga hjälpmedel och vårdkontextuella omständigheter som förelåg 2008.

Som framgått tidigare har en betydande förändring och utveckling skett sedan 2008 rörande såväl exemplet ASiH som det aktuella landstinget, vilket är av betydelse för ett vårdpraktiskt understödjande i strävan mot säker avancerad sjukvård i hemmet i samspel mellan nödvändiga medaktörer för patienters räkning. Vilket ett genomförande av ASiH kräver, vilket inte minst framgår genom betoningen på samverkansfrågan och visionen om nätverkssjukvård.

9.3.3.2 Problembildens utvecklingstendens 2013-

Jämfört med 2008 så har väsentliga förbättringar utkristalliserat sig samtidigt som utvecklingstendenser pågår som berör flera aspekter, företeelser och omständigheter inom ramen för de fem förhållanden som framkom 2008. Detta innebär inte att de säkerhetsproblem och risker som påtagbart kunde försvåra och omöjliggöra säker avancerad vård i hemmet 2008 har utplånats, tvärtom - de kvarstår men har förändrats och utvecklats.

En hel del vårdpraktiskt betydelsefulla "åtgärder" har såväl genomförts som pågår, vilket avser dels mer indirekta inverkande *externa* förbättringar ("utanför" ASiH) och dels direkta *interna* förbättringar av betydelse för ASiH som verksamhet:

Det som från 2013 utmärker sig som särskilt betydelsefullt för säker vård i samband med ASiH handlar inte minst om verksamhetsexemplet ASiHs egna interna kompetensmässiga resursförstärkning (*Kompetensmässigt förhållande*). Samtidigt som det bör påpekas att ASiH redan 2008 var minst sagt gediget kompetensmässigt rustade för "hemsjukvård", i jämförelse med en vårdcentralsmässig hemsjukvårdslösning.

Det ASiH som framträder hösten 2012 är än mer kapacitetsmässigt rustat jämfört med 2008, där en påtagbar resursförstärkning skett genom en expansion med fler medarbetare (undersköterskor, sjuksköterskor och läkare). Det är en en betydande samlad förtrogenhet som växer fram där flera medarbetare har olika specialistutbildningar och erfarenhet inom för ASiH viktiga kompetensområden, bland annat; invärtesmedicin (inre organs sjukdomar), geriatrik (äldresjukvård), anestesiologi (bedövningslära) och inte minst onkologi (tumörsjukdomar). Samtidigt som en tydlig önskan framkommer från ledningens sida (genom ASiHs specialiserade pallitiva inriktning) om fortsatt kompetenstförstärkning i sjuksköterskegruppen. Specialistutbildningar och kompetens värderas högt och är fortsatt önskvärt på ASiH, och inte minst inom till exempel cancersjukdomar och hjärtsjukdomar. Detta för att bättre kunna möta upp nytillkomna patientgruppers förväntade sjukvårds- och insatsbehov, vilket går i linje med ASiHs bredare patientmålgrupper genom nytt vårdavtal från 15 januari 2013. Hösten 2012 nyanställdes även flera distriktssköterskor[204] med förskrivningsrätt[205] för vissa läkemedel och hjälpmedel. Distriktssköterskor besitter en särskild förtrogenhet och kompetens för ASiH nytillkomna patientgrupp av äldre personer med många olika slags sjukdomstillstånd, och inte sällan i kombination - så kallade multisjuka. Genom nya patientmålgrupper riggades även ASiH med flertalet nyanställda undersköterskor, som ett direkt resurstillskott i ASiH-verksamhetens medicinskt inriktade team.[206] Att undersköterskor nyanställdes 2012 handlade om att de basala vårdinsatsbehoven beräknades tillta och behöva tillgodoses i ASiHs egen regi, genom nya bredare patientuppdrag med helhetsansvar för samtliga anslutna patienter vid ASiH utifrån nytt vårdavtal 2013. Jämfört med 2008 så innebar det såväl ett förestående utökat "beroende" som samarbetsbehov i realtid med hemtjänstpersonal och personliga assistenter i den direkta frontlinjen, där hemtjänsten och personliga assistenter i jämförelse med ASiH har långt från samma medicinska förtrogenhet, utbildning och kompetens i olika sjukdomstillstånd. Detta då det inte föreligger lagmässigtformella krav på hälso- och sjukvårdsutbildning, för att få arbeta inom hemtjänsten eller med personlig assistens.

Utöver en påtagbar kompetensförstärkning hos ASiH sedan 2008, så framträder ett växande behov av former för multiorganisatoriska samarbeten för patienters räkning mellan ASiH, vårdcentraler och slutenvård. Detta inte minst genom landstingets vision om nätverkssjukvård, som avser främja flödet av patienter i linje med LEON-principen. För ASiHs del så har samarbetet hittills främst handlat om en utveckling av mellanmänskliga relationer och överenskommelser om direktinläggning på sjukhus vid behov för anslutna ASiH patienter, och då till en för patienten kompetensmässigt relevant akutsjukvårdsavdelning (*Arbets- och verksamhetsnära förhållande*). Utöver detta kan en betydande förbättring uppmärksammas sedan 2008

[204] Även 2008 fanns enstaka distriktssjuksköterskor, med specialistutbildning inom hälsofrämjande och ohälo-prevention för olika åldersgrupper i samhället. Distriktssköterskor återfinns vanligtvis på vårdcentral.

[205] Förskrivningsrätt innebär rätten att förskriva läkemedel, vilket normatl är förbehållet läkare men där även en legitimerad sjuksköterska kan under vissa förutsättningar och kompetenskrav erhålla förskrivningsrätt. Detta regleras i Socialstyrelsen föreskrifter: SOSFS 2001:16; 2011:1.

[206] 2008 fanns ett särskilt team med undersköterskor anställda vid ASiH, men deras anställning handlade då om att utföra basala hemsjukvårdsinsatser efter konorstid åt vårdcentralerna. Detta team avvecklades en tid därefter som en följd av en förlorad upphandling, där det basala uppdraget övertogs av annan privat vårdaktör. Genom ett bredare uppdrag för ASiH så möjligjordes nyanställningar av undersköterskor, som nu ska ingå i ASiHs multiprofessionella team.

genom att ett mer eller mindre gemensamt digitalt journalsystem nu finns tillgängligt, och kan nyttjas för behöriga vårdpraktiker (*Kommunikativt förhållande*). Ett gemensamt digitalt journalsystem har dock samtidigt inneburit ett påtagbart "säkerhetspris", som en följd av de utökade juridiska barriärer som den tilltagande sekretessen medfört sedan 2008. Detta genom implementeringen av Patientdatalagen (2008:355), vilken reglerar såväl vårdpraktikernas informationstillgång och informationsöverföring rörande patienter, som även berör vad som får dokumenteras (innehållet) i medicinska journaler. Juridik och sekretess har därmed påtagbart försvårat vårdpraktikernas informationstillgång och kommunikationsmöjlighet jämfört med 2008, med en tilltagande säkerhetsproblematik för inte minst primärvårdens personal som "vingklippts". Detta dels eftersom remisser sällan tycks aktualiseras till primärvårdens läkare (som bara "får" ansvar patienten efter slutenvårdsvistelse), och dels då det saknas enhetliga krav i landstinget på remiss till primärvård (hemsjukvårdsläkare). Brist på remisser för allmän hemsjukvård innebär att patienter kan hamna "mellan stolarna", eftersom det inte är självklart att patienter rapporteras över. Samtidigt som det inte längre är tillåtet för hälso- och sjukvårdspersonal att på eget initiativ bedriva bevakande och uppsökande verksamhet, genom egeninitierad journalläsning i patientsäkerhetssyfte för att "fånga upp" och hitta möjliga hemsjukvårdspatienter efter en slutenvårdsvistelse. Vilken betydelse som en framtida kommunalisering av hemsjukvården skulle få för denna problematik, framstår som angeläget att klargöra eftersom remittering av läkare till kommunal hemsjukvård rimligtvis undergrävs då kommunen dels saknar och dels inte heller av SOU (2011:55) föreslås kunna anställa egna läkare.

När det gäller *Strukturellt och institutionellt förhållande* samt *Medicinskt och tekniskt förhållande* av betydelse för säker vård, så har kartan ritats om ordentligt i landstinget sedan 2008 - med betydande vårdpraktiska konsekvenser på daglig basis. Från 2012 har flera nya ekonomiska, politiska och organisatoriska influenser påtagbart förändrat ASiHs spelregler och vårdkontext, vilket fått betydelse för ASiHs "funktion" i strävandet mot säker vård för patientens räkning jämfört med 2008. Detta handlar främst om det bredare verksamhetsuppdraget från 2013 med nya patientmålgrupper, och där ASiH fått tydligt effektmål att avlasta slutenvården och understödja landstingets patientvårdflöden i linje med LEON-principen som vårdfördelningsfilosofi. Samtidigt medför omställningen en ny svårförutsägbar vårdkontext att verkan inom för ASiH, genom dess föränderliga natur med flertalet nya möjliga medaktörer och samarbetskonstellationer för patientens räkning inom ramen för konceptet nätverkssjukvård. Därigenom växer även en ny presumtiv multiorganisatorisk ledningskontext fram för ASiH, med en betydligt större föränderlighet och osäkerhet jämfört med 2008. Detta betyder en ny och föränderlig mutiorganisatorisk ledningskontext från 2013, inom vilken vård ska levereras utifrån LEON-principen – med samverkan och delat ansvar som en fortsatt arbetsmodell och vårdfördelningsfilosofi.

Jämfört med 2008 så framträder ett mönster med sex påtagbara skillnader och utvecklingstendenser, avseende ASiHs sjukvårdsproduktion från 2013 - som handlar om:

1. *ASiHs förändrade verksamhetsuppdrag*, som medfört helhetsansvar över patienter med flera nya diagnoser och sjukdomstillstånd genom nya patientmålgrupper, med ny funktion för ASiH med bredare roll genom landstingets inriktning mot nätverkssjukvård - där mer vård ges i hemmet på lägsta effektivaste vårdnivå (LEON-principen). Samtidigt som nya styrdokument och lagstiftning

går i riktning mot att främja så korta vårdtider som möjligt på sjukhus med så tidig hemgång som möjligt, samt kortast möjliga väntetid för patienten mellan slutenvård till öppenvård.

2. *Landstingets omdirigering av patienter mellan aktörer*, med vårdcentralsuppgifter för ASiH och slutenvårdsuppgifter för vårdcentraler. Detta genom ASiHs nya uppdrag med tre patientmålgrupper, för vilka enbart helhetsansvar ska råda fortsättningsvis. Samtidigt som patientgenomströmningen och vård på "rätt nivå" förväntas öka, genom dels LEON-principen och dels välfungerande samverkan som en arbets- och vårdnivåfördelningsfilosofi

3. *En självständigare patientroll med en allt mer stärkt juridisk ställning* som främjar medveten "vårdkonsumtion", samtidigt som vårdpraktikens informationstillgång reglerats juridiskt så patienten själv bär och förmedlar viktig information mellan vårdaktörer. Patientens självständighet förväntas medföra att patienter (eller närstående i deras plats) ska med stöd av informationsteknologin kunna såväl nå nödvändig information om egen eller närståendes sjukdom och ohälsa, som kunna utan personlig kontakt själva uträtta allt flera vårdtjänster via webben och 1177 vårdguiden.

4. *En fortsatt medicinsk och teknologisk utveckling med utökade möjligheter*, som när delat patientansvar föreligger aktualiserar tilltagande behov av multiorganisatoriska realtidssamarbeten som nödvändiggör etiska och säkerhetsmässiga dialoger om behandlingsinriktning, behandlingslängd och möjliga vägval. Detta rörande såväl pågående som planerade vägval av behandlingars innebörd för såväl patienten (som eventuella närstående), i syfte att främja en etiskt riktig, säker och värdig vård i hemmet i samband med obotliga fortskridande sjukdomstillstånd med ett brett och växande utbud av behandlingsarsenaler.

5. *Tilltagande detaljreglering och centraliseringstendenser* i form av såväl nya instruktioner och krav på kvalitetsmätning av hälso- och sjukvård, med utökade dokumentationsintensiva arbetsformer och en tilltagande rapporteringsplikt i register i olika syften. Detta rör såväl kvalitetsuppföljning, forskning och ekonomiskt "ansvarsutkrävande". En dokumenation och rapportering som möjliggör ekonomisk ersättning mot uppföljning av de förhand av Beställaren uppställda och än mer detaljerade specifika krav i vårdavtal från 2013 jämfört med 2008.

6. *Vårdval för ASiHs samtliga nya patientmålgrupper* från 15 januari 2013, som medfört konkurrens i en skapad "ASiH-marknad" mellan godkända ASiH aktörer i landstinget - inom vilket verksamhet bedrivs på ett flera gånger större geografiskt upptagningsområde jämfört med 2008. Samtidigt som ASiHs logistikbehov tilltagit genom verksamhetsexpansion, men där flera filialer kan främja geografiskt kortare leverenssträckor för vårdinsatser av ASiH.

(1) *För det första* innebar ASiHs förändrade uppdrag från 2013 - att ett helhetsansvar infördes för samtliga vid ASiH inskrivna patienter, och detta oavsett patientuppdragets innehåll och inskrivningstidens längd. Det nya ASiH uppdraget öppnade upp för flera nya patientgrupper, och med ett helhetsansvar för alla inskrivna patienter. Vård i ASiHs regi ska fortsättningsvis avse såväl långtidsvård som korttidsvård, och berättigas när de av beställaren stipulerade kriterierna för detsamma är uppfyllda. Samverkan i nätverk som fördelas och genomförs i linje med LEON-principen, är den explicita ledstjärnan i landstinget. Syftet är att öka patientgenomströmningen, och där föreställningen är att rätt vård därigenom ska erbjudas och erhållas på rätt vårdnivå. Detta framstår som en fråga om effektivisering och kostnadsbesparing, där detaljerade bedömningskriterier kan betaktas som "prioriteringsinstruktioner" i patientmöten och i tillgången till ASiH (trots förespegling om utökad tillgång för enskilda patienter genom vårdval). Utökad tillgång till ASiH avser därför inte primärt enskilda patienter, utan tycks snarare syfta främst på en systemmässigt utökad tillgång för flera nya patientmålgrupper med flera andra diagnoser och sjukdomstillstånd än cancer-, hjärt-, lung- samt neurologiska

sjukdomar. Jämfört med 2008 har ASiH på så sätt fått en mer explicit funktion och roll som direkt "avlastare", till både slutenvård och öppenvård (vårdcentraler). Detta genom att ett specifikt effektmål formulerats för ASiH, vars uppdrag från 2013 är att direkt medverka till att dels frigöra vårdplatser (möjliggöra tidigare utskrivningar från akutsjukhus) och dels förhindra "onödiga" inläggningar på akutsjukhus. Denna förändring med ny inriktning innebär att ASiH å ena sidan framställs som en viktig "kostnadsbesparare" och å andra sidan som ett erbjudande och valfri möjlighet för "berättigade" patienter. Införandet av LEON-principen och helhetsansvaret för ASiH-patienter kan varken per automatik antas snabbare tillgodose patientens behov i hemmet, och inte heller per automatik förhindra att patienter faller mellan stolarna vid vårdformsskiften inom ramen för en kommande nätverksjukvård. Detta eftersom ett "trygghetskvitto" till utskrivna patienter främst avser tydliggöra ansvar för vårdinsatsbehov när lägre vårdnivå (än ASiH) aktualiseras.

Huruvida ett snabbt klargörande *innan utskrivning från slutenvård*, med omgående design för uformning och säkerställande av en individanpassad vårdslösning på lägsta effektiva nivå *innan hemgång* är det som främst kan möjliggöra att trygg och effektiv vård säkras upp i hemmet, framstår emellertid som något oklart i det nya betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20). Patienters väntetid på korttidsplats bedöms utgöra en påtagbar bromskloss för utskrivning från sjukhus, samtidigt som korttidsplatser uppges blockeras av patienter som istället hade kunnat erhålla insatser i hemmet. Betänkandet är en del av den översyn som initierades av regeringen 27 februari 2014 (Dir. 2014:27), rörande utredningen av betalningsansvarslagen (SFS 1990:1404). Syftet och inriktningen på utredningen (översyn av betalningsansvarslagen) är att uppmärksamma hur hälso- och sjukvårdens resursutnyttjande kan effektiviseras genom att:

> [...] åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter (SOU 2015:20, s. 15).

Betalningsansvarslagen som var en del av ÄDEL-reformen, föreslås i SOU 2015:20 avskaffas och ny lag om samverkan träda i kraft från 31 december 2015. Detta eftersom betalningsansvarslagens nuvarande incitament främst uppmuntrar vårdplanering på sjukhus, vilket inte bedömts bidra tillräckligt till minskade väntetider med överföring av patienter mellan slutenvård till öppenvård. I betänkandet återfinns därför förslag om nya incitmament för effektivisering av just vårdplaneringsprocessen och uppmuntrad samverkan. Samtidigt som öppenvården istället för slutenvården föreslås överta huvudansvaret för vårdplanering, där säkerställande av tidig information och "varsel" om presumtiva patienter som är i behov av samordnad individuell planering föreslås vid "övertagande". Ett förändrat vårdplanerings-ansvar bedöms inte kräva någon utökad resurstillförsel, utan i stället en framtida uppföljning av väntetider och eventuell undanträngningseffekt[207] av något slag.

(2) *För det andra* har en omdirigering av patienter skett i landstinget, med en direkt patientöverföring mellan främst vårdcentraler och ASiH-verksamheter. Omdirigeringen av patienter handlar om patienter med olika svåra sjukdomstillstånd, som kan övertas av ASiH från vård-

[207] Undanträngningseffekt är en ekonomisk term, men det är oklart exakt vad det kan handla om.

central om de tillhör någon av de tre patientmålgrupperna - och om nya detaljerade kriterier från 2013 uppfylls för en remittering för vård i ASiHs regi. Dels berör patientöverföringen till vårdcentraler ASiHs före detta "målgrupp 2- patienter" med avgränsade avancerade hemsjukvårds-insatsbehov, vilket numera främst förväntas utföras av vårdcentraler som huvudansvariga.[208] Omdirigeringen av patienter i landstinget innebar även att ASiH och vårdcentralen bytte patienter i omvänd riktning, vilket för ASiHs del vårdpraktiskt medförde ett nytillkommet ansvar för basala hemsjukvårdsbehov hos samtliga nya anslutna patienter 2013. Det innebar en påtagbar "vårdcentrals-funktion" för ASiH med nytillkomna resurskrävande arbetsuppgifter, vilket medförde allt från ansvar för; vaccinationer, löpande kontroller av behandlingar för och/eller utredning av akuta eller kroniska sjukdomstillstånd. Utöver detta tillkom utökade arbetsledningsbehov och stöd även för hemtjänstpersonal och personliga assistenter som utför basal hemsjukvård, med utökat ansvar eftersom delegeringar behöver aktualiseras till personal som inte sällan saknar sjukvårdsutbildning. Dessutom tillkom ansvar för förskrivning av diverse hjälpmedel, och inte minst ansvar för ytterligare dokumentation genom krav på inrapportering i olika typer av viktiga register[209]. Nytillkomna arbetsuppgifter genom helhetsansvar tar inte bara mer tid i anspråk, utan medför behov av ny kunskap och utvecklad förtrogenhet med för ASiH nya diagnoser och sjukdomstillstånd, vilket kräver att en erfarenhet och vana kan upparbetas och vidmakthållas för att möjliggöra säker vård.

(3) *För det tredje* har en allt tydligare bild växt fram från 2013 av patienter och närstående, som än mer autonoma, självständiga och implicit förväntat aktivt handlingsförmögna genom en stärkt roll och som en mer "aktiv medaktör" i egen vård[210]. Detta framkommer inte minst genom Patientdatalagen (SFS 2008:355) och frågan om patientmakt som utretts i Patientmaktsutredningen (S2011:03) och resulterat i Patientlag (SFS 2014:821). Patient-datalagen (SFS 2008:355) som trädde i kraft 1 juli 2008, avser bidra till ökad patientsäkerhet och förhindra obehörig insyn och spridning av journaluppgifter rörande bland annat patienters vårdkontakter, diagnoser, inskrivningar, undersökningar och annan slags hälso- och sjukvårdsinformation eller planerad åtgärd. Detta innebär samtidigt att det krävs tillåtelse för personal att ta del av uppgifter, och att patienten kan såväl reglera som helt spärra tillgången till information. När det gäller Patientlag (SFS 2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015, är syftet att: "...inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap, 1 §)." Kombinationen av Patientdatalag (SFS 2008:355) och Patientlag (SFS 2014:821), utgör ett tydligt avstamp

[208] Enligt senare forumerat PM, så kunde vissa undantag göras genom konsultationsinsatser rörande främst blodtransfusionspatienter.

[209] Ett exempel är Nationella kvalitetsregister som möjliggör statistik för nationell uppföljning på systemnivå av behandlingsresultat vid olika slags sjukdomstillstånd, där registren betraktas som ett led i ett ständigt förbättrings- och utvecklingsarbete av vårdens behandlingsmässiga innehåll som riktas till patienter vid olika sjukdomstillstånd. Ett annat exempel är nationella riktlinjer och vårdprogram rörande olika sjukdomstillstånd.

[210] Det är oklart vad som avses med aktiv medaktör i "sin egen vård". I föreskriften SOSFS 2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, så framgår att med "egenvård" avses: ”hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra” och att ”Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763):”. Detta innebär att patienten själv blir ansvarig för en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Huruvida "medaktör i sin egen vård" avser samma sak som egenvård, det vill säga det är oklart om "medaktör i egen vård" avser att patienten själv och den närstående ansvarar för och utför hälso- och sjukvårdsåtgärden själva.

och vägvisare i pågående färdriktning mot stärkt patientställning, med utökat egenansvar för patienter och större utrymme för egenmakt – som kan utnyttjas för patienter (eller närstående i dennes plats).

Jämfört med 2008 så både kan och förväntas patienter genom informationsteknologins försorg och utvecklingen med e-hälsa, att fortsättningsvis kunna ta ett allt större egenansvar. Detta framgår även genom 1177 vårdguiden, som avser understödja patienter att såväl efterfråga som inhämta diverse information och beslutsunderlag om egen hälsa och sjukdom via webb eller telefon dygnet runt genom internetuppkoppling - vilket kan handla om journalinformation, intyg, recept med mera. Samtidigt som juridiska incitament med stärkt patientställning och tilltagande reglering av journaldokumentationens innehåll, syfte och tillgång, inneburit att patienter i mångt och mycket blivit ensamma bärare av viktig information mellan involverade aktörer. Detta genom såväl patientdatalagen (SFS 2008:355) som reglerar vad som kan (eller inte kan) dokumenteras i en patientjournal, som genom en utveckling och önskan om mer kortfattade standardiserade dokumentationsrutiner i journalföringens praxis – vilket ska förtydliga och minimera textmängden för vårdpraktiker att navigera i samt överblicka. En minskad textmängd och begränsad informationstillgång för vårdpraktiker genom stärkt patientintegritet bidrar emellertid inte per automatik till säker vård, tvärtom. Jämfört med 2008 så framträder detta som en potentiell vårdpraktisk stressfaktor, som även medfört att vårdpraktiskt "nödvändiga" överträdelser ibland behöver begås i patientsäkerhetens namn - överträdelser som enbart är tillåtet i nödsituationer, vilket det inte varit tal om. Detta kan handla om att föregripa problem för patienter som av en händelse "hittats" av en distriktssköterska eller distriktsläkare och som bedömts utsatta för risk för vårdskada. Överträdelser som exemplifieras har handlat om att förhindra att en patient "faller mellan stolar", vilket inte sällan tycks ske som en följd av ett snabbt överlämnade av ansvar från slutenvården till öppenvården - som inte underättats "i tid".

(4) *För det fjärde* så har en annan typ av patientsäkerhetsmässigt angelägen fråga utkristalliserat sig jämfört med 2008, vilken även framstår som en betydelsefull och vårdetiskt angelägen fråga. Detta handlar om den medicinska behandlingens duration och inriktning när ett gemensamt ansvar föreligger mellan ASiH och slutenvården, där patienter såväl kan erbjudas som genomgå utdragna och återkommande försök med behandling i samband med en obotligt fortskridande sjukdom (inte sällan cancer). En fortgående och tilltagande medicinsk- och teknologisk utveckling har medfört att livsförlängande och livsuppehållande behandlingsarsenaler tycks aktualiseras allt mer jämfört med 2008, samtidigt som patientens "vinst" inte alltid framstår som tillräckligt genomtänkt och tydlig kommunicerad. Det första som däremot snabbt infinner sig och som effektivt kan hanteras är svåra och utdragna biverkningar, som samtidigt beskrivs inkludera risk för ett abrupt slut på livet och därmed ytterligare onödiga oetiska påfrestningar i en redan svår situation för såväl patient som närstående. Kommunikation i realtid rörande "behandlingsvinst" i vidare existensiell bemärkelse utkristalliserar sig som en än mer angelägen patientsäkerhetsfråga från 2013, men samtidigt som vårdpraktiskt svårt att hantera genom skillnaden i roller och det geografiska och organisatoriska avståndet mellan patienten, ASiH och slutenvårdens ordinerande specialister. Geografiska avstånd medför ofrånkomligen olika inblick i patientens nulägesstatus i hemmet, samtidigt som patientens

och de närståendes ställning och integritet ytterligare juridiskt stärkts. Med en självständigare patientroll har patienten i jämförelse med 2008 blivit tydligare bärare av viktig information mellan viktiga aktörer, (information som emellertid inte nödvändigtvis varken kan eller får dokumenteras eller kommuniceras). Detta kan föranleda oklarheter, och synliggör av såväl vårdetiska som patientsäkerhetsmässiga skäl ett angeläget behov av behandlinsdialoger, mellan patient, närstående, ASiH och slutenvårdens specialister rörande "vinsten" av en planerad eller pågående behandling relaterat till främst etiska frågor genom svåra utdragna biverkningar och risker för ytterligare påfrestningar.

(5) *För det femte* har mängden nya styrdokument, spelregler och ramvillkor i det närmaste ökat på ett explosionsartat sätt jämfört med 2008 - som en följd av att flertalet betydande utredningar genomförts - samtidigt som nya pågår och tillkommer efterhand. Den största skillnaden vårdpraktiskt från 2013 handlar om patientens stärkta ställning, införande av konkurrens och valfrihet i vårdgrenen ASiH. Därutöver tillkommer utökad reglering av informationstillgång för vårdpraktiker, och ett nytt effektmål för ASiH. Samtidigt som betydligt flera patientmålgrupper kan såväl erbjudas som erhålla ASiH, och detta över ett mycket större geografiskt område jämfört med 2008. Rapporteringsplikt och detaljeringsgraden i instruktionerna från Beställaren har även den blivit påtagbart större från 2013, i syfte att "styra" vårdpraktikerna i en önskad beteendeinriktning. Detta innebär tilltagande tydlig centraliseringstrend i inte bara landstinget utan av hälso- och sjukvården i stort, och genom inte minst olika lagstiftning samt ökade inslag av dokumentation för såväl kvalitetsuppföljning som för ansvarsutkrävande. Vilket kan ske genom bland annat tillsyn, uppföljning och ekonomisk ersättning mot resultat, som "utvärderas" utifrån på förhand givna parametrar som ska följas. Huruvida denna centraliseringstendens med utökad detaljreglering förmår bidra till säkrare vård, framstår emellertid som oklart - och detta dels då det medfört ytterligare dubbeldokumentation av samma information jämfört med 2008 men nu även i olika register i olika datasystem.

(6) *För det sjätte* medförde introduktionen av vårdval ASiH enlig lagen om valfrihetssystem (LOV) från 2013, att konkurrens uppstod mellan flera olika av beställaren godkända ASiH - verksamheter. Samtidigt som det jämfört med 2008 vårdpraktiskt handlar om att konkurrerande medaktörer ska leverera vårdinsatser till flera nya patientgrupper, och över ett betydligt större och gemensamt geografiskt upptagningsområde. I ASiHs expansions- och transformationsfas hösten 2012 så uppstod betydligt längre transportsträckor. Långa transportsträckor i kombination med nytillkomna basala hemsjukvårdsinsatsbehov i ASiHs regi genom nya patientgrupper, föranledde att interna logistikbehov raskt tornade upp sig. Detta i takt med att såväl samordnings- som resursfördelningsbehoven tilltog genom ett kraftigt ökat antal patienter, till vilka en bredd av olika nödvändiga vårdinsatser skulle levereras och koordineras. När resursåtgången tilltog i takt med att antalet patienter ökade, så uppstod samtidigt brist på bland annat bilar och datorplatser för professionens dokumentationsarbete. Fler ASiH medarbetare (även tillhörande olika profession) kunde behöva infinna sig hos flera nya patienter genom olika insatsbehov, där patienter samtidigt var utspridda över ett större geografiskt upptagningsområde jämfört med 2008. Initialt medförde ett nytillkommet stort antal mindre kända och nya patienter påtagbara patientsäkerhetsproblem och risk för vårdskada, eftersom varken patienter och deras behov inte därigenom kunde lära kännas och "hållas i huvudet" för

enskilda medarbetare. Samtidigt som risk för arbetsplatsrelaterad ohälsa hängde i luften i den bemärkelsen att personal upplevde sig slitna och räckte inte till - givet det "kaotiska" läget - som snabbt tornat upp sig vid övergången mot vårdval från 2013. Tidspressen tilltog i takt med att arbetspressen ökade genom ett större antal utspridda patienter, med såväl mindre kända, föränderliga, nytillkomna som växande vårdbehov. Denna belastningspik tycks ha dalat av och lugnat ned sig något efter hand.

Sammanfattningsvis indikerar den förändring och utvecklingstendens som skett enligt ovan sedan 2008, att problembilden kvarstår i flera olika avseenden - varför den således ännu är relevant 2013. Detta inbegriper dels att liknande praktisk försvårande omständigheter som 2008 ännu föreligger, samt att dessa omständigheter fortfarande kan försvåra och omöjligöra genomförandet av säker vård i samspel mellan nödvändiga medaktörer för patienters räkning. Samtidigt som vissa förändringar skett där en rad andra nytillkomna praktiskt försvårande omständigheter av betydelse för säker vård framkommer på ett tydligare sätt från 2013.

9.3.4 Det som praktiskt försvårar för säker vård i samverkan

I forskningstudiens första fas framkom att patientsäkerhetsproblematiken i samband med ASiH 2008 främst var relaterat till intermediär multiorganisatorisk produktion av vård, där vårdpraktiska omständigheter påtagbart försvårade eller omöjliggjorde genomförandet av dåvarande patientuppdrag på ett säkert sätt i nödvändig organisationsöverskridande samverkan för patienters räkning. Detta innebar såväl risk för vårdskada hos patienter, som risk för arbetsrelaterad ohälsa för personal och ytterst även återkommande resursslöseri. Flera patientsäkerhetsproblem var 2008 definitionsmässigt direkt synonymt med ledningsproblem samt ineffektiv ledning, med en teoretisk utgångspunkt från van Crevelds (1985; 2003) och Brehmers (2007; 2008c; 2009b) resonemang - där ledning betraktats som en funktion inför och under genomförandet av intermediär multiorganisatorisk vård. Samtidigt som ett patientsäkerhetsproblem och ett ledningsproblem definitionsmässigt inte nödvändigtvis sammanfaller, eftersom de skiljer sig åt på en avgörande men viktig punkt:

> [...] effektiv ledning handlar om att lyckas leverera den vård som behövs när hemvistelse i stället för sjukhusviselse aktualiseras. Om det inte levereras någon vård när hemvistelse aktualiseras istället för sjukhusvistelse så blir det ingen vård för patienten, vilket då samtidigt innebär att säker vård kan betraktas som ett möjligt sätt att leverera vården på (Lagerstedt, 2012, s. 105).

Genom att landstingets pågående omställning mot nätverkssjukvård från 2013 förutsätter välfungerande samverkan, så har forskningsstudiens andra fas uppmärksammat frågan om resurseffektiv säker vård genom samverkan mellan nödvändiga aktörer för varje unik patient. Enligt Brehmer (2013, s. 144-149) kan även samverkan (i likhet med ledning) utgöra en möjlig funktion som åstadkommer inriktning och samordning i samband med i synnerhet karaktärsmässigt komplexa insatser (uppdrag). Detta innebär att det går se:

> [...] ledning och samverkan som två sätt att uppfylla samma funktion (eller funktioner om man vill se inriktning och samordning som olika funktioner). Att funktionen skall uppfyllas på olika sätt beror på att de omständigheter under vilka inriktning och samordning skall uppnås är väsentligt olika i ledning och samverkan [...] I och med att vi definierar samverkan som en funktion har vi, liksom i diskussionen om ledning, tills vidare lämnat frågan om *hur* man åstadkommer inriktning och samordning i samverkan öppen (Brehmer, 2013, s. 144-145).

Utifrån Brehmers (2013) resonemang kan ledning och samverkan utgöra två möjliga sätt att uppfylla samma funktion, vilket betyder att det rent hypotetiskt (om så är praktiskt möjligt) går understödja resurseffektiv och patientsäker vård genom inriktning och samordning. Därför är det angeläget att explorera huruvida det även från 2013 framträder möjliga fortsatta indikationer på ledningsproblem och samverkansproblem som handlar om:

> [...] praktiska svårigheter att uppfylla det implicita framträdande ledningssystemets tre funktioner; datainsamling, [orientering][211] och planering (Lagerstedt, 2012, s. 105).

2008 identifierades främst två olika källor som "producenter" av presumtiva ledningsproblem, dels (1) *patienters unikum* och dels konkreta (2) *praktiskt försvårande omständigheter*. Det först nämnda (patienters unikum) går givetvis inte förändra eller påverka, annat än möjligtvis genom ett patienturval utifrån andra bevekelsegrunder än behovsrelaterade. Det sist nämnda (2) praktiskt försvårande omständigheter, kan däremot innefatta mer påverkbara faktorer, vilka 2008 hade betydelse för det ledningssystem som då gestaltade sig i samband med de patientuppdrag som genomfördes inom ramen för den intermediära multiorganisatoriska vårdform - som ASiH framstod som 2008. Genom ASiHs förändring och omställning mot ett nytt uppdrag i linje med en ny roll och funktion - som en del i landstingets framväxande nätverksteknologiska hälso- och sjukvårdskoncept, så aktualiseras frågan om huruvida och på vilket sätt den presumtiva ledningsproblematiken kvarstår - jämfört med 2008. Det vill säga: vad kan påtagbart försvåra eller omöjliggöra genomförandet av nätverksbaserad intermediär multiorganisatorisk vård på ett säkert sätt i samverkan mellan aktörer från 2013 och framåt?

9.3.4.1 Patienters unikum

Det är uppenbart att patienters unikum utgör en ofrånkomlig omständighet att beakta, vilken är varken vårdpraktiskt möjlig att påverka eller vårdetiskt önskvärd att bortse från. Jämfört med 2008 så framstår patienters unikum snarare som en allt mer önskvärd faktor att utgå från, som återkommer på olika sätt i allt fler sammanhang och styrdokument. Patienters unikum utgör emellertid samtidigt en potentiellt vårdpraktiskt försvårande osäkerhetsfaktor, som omöjliggör att en snabb standardiserad utformning kan svara upp mot patienters behov av en individanpassad unik vård- och omsorgslösning. Patienters unikum tycks därför främst behöva accepteras och resursmässigt understödjas på ett lämpligt patientunikt sätt givet föreliggande vård- och omsorgsbehov, vilket inbegriper såväl etiska, säkerhets- som resursmässiga aspekter. Detta förutsatt att aspekter så som etik, empati, lyhördhet och valfrihet ska inrymmas i patientmötet. Summeringen från 2008 rörande "patientunika" aspekter och omständigheter kvarstår därigenom som relevant, eftersom vårdpraktikernas möjlighet att eftersträva säker vård i hemmet även fortsättningsvis villkoras i realtid av mindre påverkbara omständigheter:

- Antalet involverade vårdaktörer runt patienten
- Patientens vårdkontakter och pågående behandlingar (akuta/oplanerade/planerade)
- Omfattningen av patientens omvårdnads- och tillsynsbehov

[211] Jag har ersatt begreppet sensemaking med begreppet orientering, eftersom det är i linje med Bremers (2013) senaste klargörande. För utvecklad beskrivning av detta, se kapitel 3.5.2.

- Hur föränderligt/instabilt patientens sjukdomstillstånd och/eller vårdbehov är (nuläge som över tid)
- Patientens sjuklighet (antalet diagnoser/sjukdomar)
- Patientens förmåga till egenvårdsansvar och egenvårdsinsatser
- Patientens tillgång/möjlighet till hjälp/stöd av närstående i hemmet
- Patientens boende och hemmets utformning avseende bostadsanpassningsbehov och nödvändiga hjälpmedel

Dessa omständigheter är svåra att påverka, varför de är fortsatt nödvändiga att beakta i strävandet mot säker vård i en för patienten lämplig vård- och omsorgslösning. Hälso- och sjukvård är samtidigt en bransch som förväntas såväl sträva mot som präglas av ett vårdetiskt förhållningssätt, genomsyrat av humanismen som ledstjärna. Detta förutsätter rimligtvis att både ett praktiskt och tidsmässigt utrymme för nödvändig empati och lyhördhet går uppbringa i realtid, men i vilken utsträckning det tidsutrymmet kan säkerställas är oklart.

I jämförelse med 2008 så kan inte ASiHs uppdrag med bredre patientmålgrupper varken förväntas reducera eller utplåna den föränderlighet och osäkerhet som unika vårdinsatser och patientuppdrag ofrånkomligen även fortsättningsvis innebär. ASiHs nya uppdrag, med ny funktion och roll och landstingets vision om nätverkssjukvård med ett utökat fokus på samverkan, måste även på goda grunder antas medföra fortsatt behov av såväl återkommande multiorganisatoriska samarbeten som en nödvändig samsyn om vårdens innehåll och inriktning för att säker vård ska kunna eftersträvas på ett resursoptimalt sätt.

Mot ovanstående bakgrund kan presumtiva patienter förvänta sig att betraktas som autonoma varelser, som emellertid samtidigt är fria och självständiga. Enligt Arlebrink (2011) kräver detta såväl en etisk medvetenhet som förmåga till självreflexion hos vårdpraktiker, för att se konsekvensen för en annan människa och tillgodose att det är patienten som en unik människa och inte människans sjuklighet som står i centrum:

> Genom att vi har ett ansvar för varandra så föreligger ett krav, att vi i vissa fall ingriper i andra människors liv, men utgångspunkten skall då vara den andra människan, respekten för henne och de behov hon har för att kunna leva ett, utifrån henne själv definierat, gott liv. Utgångspunkten får inte vara den egna personen. Man ingriper följdaktligen inte i en annan människas liv för sin egen skull (Arlebrink, 2011, s. 58-59).

Ovanstående utgör ett exempel på den etiska ledstjärna inom hälso- och sjukvården, samtidigt som en pågående och vårdpraktiskt påtagbar trend utvecklat sig allt mer sedan 2008 med en än mer stärkt patientställning. Detta dels genom vårdvalsfrågan men också genom en önskad riktning mot vad som i styrdokument benämns patientcentrering[212]. Patientcentrering handlar om att patienten ska förvänta sig ett bemötande och hantering för mer än bara sin sjukdom, vilket emellertid inte innebär att patientens unikum som potentiell vårdpraktiskt försvårande omständighet per automatik upphör, snarare tvärtom - det måste beaktas och hanteras. I en svensk rapport från 2012 som tagits fram genom Myndigheten för vårdanalys som rör patient-

[212] Inom hälso- och sjukvården har det i decennier varit en målsättning med patientcentrerad vård i, men det saknas internationell samsyn om dess innebörd. Det amerikanska Picker Institutet har en ledande roll sedan 1980-talet, och genomför olika undersökningar och mätningar (utifrån olika aspekter) rörande patienters vårdupplevelser - vilket avser utgöra ett mått på patientcentrering. För vidare läsning se: [http://www.patient-centeredcare.org/inside/abouttheguide.html] Länk tillgänglig: 2015-03-07.

centrering, så konstateras genom en internationell och externt utförd utvärdering att det i internationell jämförelse föreligger ett betydande behov av utökad patientcentrering i Sverige:

> Eftersom det i allt högre utsträckning ses som en viktig del av ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem att tillgodose patienternas behov, värderingar och preferenser, har beslutsfattare i en rad länder formulerat policymål med syftet att göra vården mer patientcentrerad. Ett patientcentrerat hälso och sjukvårdssystem är ett system som utformats utifrån dem det ska tjäna, det vill säga patienterna. [...] Nyligen uppmärksammades enkätresultat som visar att patienter i Sverige i högre grad än i många andra länder upplever problem som en följd av otillräcklig samordning av vården. Resultaten visade vidare att svenska patienter i en internationell jämförelse tillhör de patienter som i minst utsträckning engageras av sina läkare att delta i beslutsfattandet angående den egna hälsan och vården (Vårdanalys, 2012:5)

Den vårdpraktiska innebörden av patiencentring framstår som påtagbart otydlig. Oavsett innebörden av en patientcentrerad syn i landstinget och inom ramen för sjukvårds- och omsorgslösningen ASiH och i den nu framväxande nätverksjukvården, så kvarstår patienters unikum som en potentiell vårdpraktiskt försvårande omständighet i genomförandet för säker vård i minst samma utsträckning som 2008. Patientcentrering får rimligtvis också olika innebörd beroende på dels vilken juridisk beslutsmakt patienters ges, och dels beroende på vilken typ av vårdverksamhet det är tal om. Ett patientcentrerat perspektiv i ett nätverkssjukvårdskoncept (som bygger på välfungerande samverkan), innebär sannolikt främst att en multiorganisatorisk realtidssamsyn dels kan upprättas och dels vidmakthållas mellan berörda eller involverande aktörer för varje patients unika räkning. Denna tolkning och"översättning" av patientcentreringens innebörd i samband med nätverkssjukvård, är behjärtansvärd men hamnar på ett mycket högt abstraktionsplan. Detta kan betraktas som vårdpraktiskt problematiskt, eftersom det inte klargör hur en patientcentrerad syn ska upprättas och vidmakthållas mer konkret för ett stort antal unika patienter i den direkta vårdpraktikens frontlinje vid nätverkssjukvård.

9.3.4.2 Praktiskt försvårande omständigheter

Det är uppenbart att den problematik som uppmärksammades 2008, med olika försvårande eller omöjliggörande omständigheter för säker vård - i huvudsak kvarstår i den vårdpraktiska frontlinjen från 2013. Detta trots en hel del förbättringsinsatser sedan forskningsstudiens första fas, rörande både kompetensmässig resursförstärkning hos ASiH och inte minst utbredning och tillgång för de flesta aktörer till en i landstinget gemensam digital patientjournal. De försvårande omständigheterna och dess vårdpraktiska innebörd har emellertid förändrats något sedan 2008, samtidigt som ytterligare omständigheter utkristalliserar sig från 2013. 2008 så handlade det vårdpraktiskt försvårande för säker vård (som aktualiserade dåvarande ledningsbehov) om i huvudsak fem omständigheter som påtagbart kunde försvåra eller omöjliggöra såväl inför som under genomföranden av intermediära multiorganisatoriska patientuppdrag på ett säkert sätt - vilket handlade om;

1. *Delat ansvar som kan medföra oklara ansvarsförhållanden*
2. *Ensamarbete och tidspress*
3. *Varierande erfarenhet, förtrogenhet- och/eller kompetens inför/vid genomförandet av arbetsuppgifter*
4. *Icke ändamålsenliga informations- och kommunikationsformer och forum*
5. *Icke ändamålsenliga tekniska hjälpmedel för informationsutbyte och kommunikation*

Sedan 2008 har ytterligare omständigheter framträtt, vilket innebär att det från 2013 handlar om nio olika omständigheter som påtagbart kan försvåra eller omöjliggöra såväl inför som under genomföranden av nya patientuppdrag på ett säkert sätt när hemmet utgör huvudsaklig vårdplats. Detta inbegriper även det som försvårar en säkerhetsmässigt angelägen samverkan för patientens räkning mellan nödvändiga vård- och omsorgsaktörer. Det praktiskt försvårande för säker vård berör fortfarande tidpunkten såväl inför att vård avser aktualiseras, som den tidpunkt under vilken vård genomförs och pågår samt vid behov av en snabbt förändrad vårdformslösning (till exempel inskrivning eller utskrivning från sjukhus). Detta innebär att det empiriska exemplet ASiH är en del av ny framträdande hypotetisk ledningskontext, där förändrade eller nya *möjliga ledningssvårigheter* summerats utifrån den explorativa frågan:

> Vad kan jämfört med 2008 påtagbart försvåra eller omöjliggöra genomförandet av vårdinsatser eller sammansatta patientuppdrag med hemmet som vårdplats från 2013, när önskan är patientsäker vård i samverkan mellan för patienten nödvändiga aktörer?

Det som praktiskt kan försvåra såväl inför som under ett genomförande av patientuppdrag på ett säkert sätt i samverkan mellan för patienten nödvändiga aktörer, handlar från 2013 i huvudsak om följande nio olika sammansatta omständigheter:

1. *Delat ansvar med oklara ansvarsförhållanden*
2. *Ensamarbete och tilltagande tidspress*
3. *Varierande eller otillräcklig erfarenhet, förtrogenhet och kompetens med arbetsuppgifter*
4. *Otillräcklig informations och kommunikationsmöjlighet, form och forum*
5. *Otillräckliga stödsystem och teknologi för informationsutbyten eller kommunikation*
6. *Otillräckliga hjälpmedel eller teknologi för diagnostik, behandling, uppföljning eller övervakning i hemmet*
7. *Brist på samsyn och medikaliseringstendens*
8. *Hemförhållanden eller livsomständigheter*
9. *Resursbehov och resursåtgång med otillräcklig resurstillförsel*

Några särskilt framträdande tendenser från 2013 som är av vårdpraktisk betydelse, diskuteras i efterföljande avsnitt nedan. Dessa nio omständigheter är ett explorativt utfall och återfinns mer utvecklat i form av en exemplifierande översiktstabell, vilken utgör en resultatmässig översikt och tillika uppdaterande summering av möjliga kvarstående, förändrade eller nya praktiskt förvårande omständigheter (möjliga ledningsbehov) för säker vård från 2013, se figur 24 (kapitel 9.3.5).

9.3.4.2.1 Skillnader mellan 2008 och 2013 - exempel på vårdpraktisk innebörd

En avgörande skillnad jämfört med 2008, handlar om att det målgruppsindelningssystem som kunde förorsaka oklara ansvarsförhållanden helt upphörde 15 januari 2013. Det innebär inte att säkerhetsproblematiken genom oklara ansvarsförhållanden som en följd av delat ansvar försvinner från 2013, tvärtom. Detta eftersom delat ansvar kvarstår som arbetsprincip, och har samtidigt cementerats på ett påtagbart sätt genom landstingets framtidsplan och vision mot nätverksjukvård. Genom delat ansvar och obligatorisk samverkan med LEON-principen som ledstjärna, så förväntas snabbare och smidigare patientvårdflöden såväl eftersträvas som upp-

nås mellan vårdnivåer (till lägsta effektiva). I vårdpraktisk bemärkelse innebär detta ett förväntat delat multiorganisatoriskt ansvar över patienter, där *alla ska smidigt kunna samverka med alla* - genom ett nytt vårdkoncept: nätverkssjukvård.

En annan skillnad jämfört med 2008 berör ett fundamentalt förändrat vårdavtal med nytt verksamhetsuppdrag, som föranlett bredare patientmålgrupper - vilket innefattar ett helhetsansvar och som därför inkluderar även basal hemsjukvård. Det bredare uppdraget medför samtidigt en ny osäkerhetsfaktor och risk, genom att ASiH fått ett större vårduppdrag per patient. Detta då uppdraget indirekt förutsätter arbetsledning av extern personal i form av personliga assistenter och hemtjänstpersonal, vilka härrör från en oklar mängd mer eller mindre kända företag med personal i olika "status" förtrogenhets- och kompetensmässigt. Ett utökat antal patienter med sammansatta vårdbehov innebär i vårdpraktisk bemärkelse (trots ASiHs egen interna kompetensförstärkning sedan 2008), därigenom paradoxalt nog även ett utökat beroende av lägre utbildad extern personal att såväl arbetsleda som samarbeta med. Lägre utbildade externa medarbetare utgör ASiHs nya ögon och öron för nytillkomna patientmålgrupper, med olika slags sjukdomstillstånd och avancerade vårdinsatsbehov.

Sedan 2008 har en betydande förbättring skett när det gäller utbredning och anslutning till en gemensam digital patientjournal i landstinget, vilket påtagbart ökat vårdpraktikens möjligheter till informationstillgång samt utbyte av information rörande patienter såväl vid vårdformsskiften som när vård pågår i ASiHs regi. Paradoxalt nog har den förbättringen samtidigt undergrävts av juridiken, eftersom integritetsfrågor fått företräde framför det som vårdpraktisk handlar om patientsäkerhet. Detta i den bemärkelsen att tillgången till det som för vårdpraktiken uppfattas som nödvändig informationstillgång eller överföring av nödvändig information, villkorats av patienters medgivande om detsamma. På så sätt kan inte en patientjournal längre utgöra ett självklart vårdpraktiskt arbetsredskap för delad och gemensam information. Vårdpraktiskt innebär detta en nytillkommen risk för patienter eftersom det praktiskt försvårar proaktivt säkerhetsarbete genom smidig angelägen samverkan för patienters räkning, och där begränsningen sedan 2008 även indikerar att ett försvårande och tidskrävande efterjobb uppstått i öppenvården. I sin yttersta form uppstår en moment-22 situation för vårdpraktiker där lagbrott nödgas begås i patientsäkerhetens namn, där lagöverträdelser sker (journalläsning) utan patientens tillstånd. Detta eftersom det bedöms som patientsäkerhetsmässigt nödvändigt i proaktivt syfte (för patientens skull) - men där kriteriet "nödsituation" inte kan uppfyllas, vilket är det enda som tillåter överträdelse.

På samma sätt som 2008 saknas fortfarande givna mellanorganisatoriska kontaktvägar och kontaktytor, samt en ändamålsenlig arena för snabb mellanmänsklig realtidskontakt för vårdpraktiskt nödvändiga samtal och samråd mellan aktörer. Detta utgör ett fortsatt problem och en praktiskt försvårande omständighet för säker vård, som berör samverkansfrågor och gemensamma vårdplaneringsbehov. Samtidigt som ett samarbetsinitiativ inte sällan faller på så "enkla" saker som en brist på kollegiala relationer och tillgång till relevanta telefonnummer, det vill säga brist på kontaktpersoner, kontaktuppgifter och kontaktvägar. Alternativt fallerar som en följd av att tillgängliga telefonnummer och kontaktvägar inte anpassats för vårdpraktikens mellanorganisatoriska samverkansbehov, utan utformats för allmänheten och presumtiva patienter. Att som vårdpraktiker vara hänvisad till telefonummer för patienter och allmän-

het, medför en betydande och egendomlig risk att fastna i en telefonkö avsedd för patienter - vilket undergräver såväl praktisk möjlighet, motivation som vilja till mellanorganisatoriska kontakter och samarbetsinitiativ för samverkan mellan nödvändiga aktörer. Detta exemplifierar en "banal" men avgörande sambandsproblematik av betydelse för säker vård, som samtidigt påtagbart utgör en praktiskt försvårande omständighet för samverkan och vård i nätverk med smidig förbindelsemöjlighet mellan nödvändiga aktörer för patientens räkning.

En annan praktiskt försvårande omständighet handlar om de logistikproblem som raskt tornade upp sig hösten 2012, vilka tilltog som en följd av ett snabbt växande resursfördelningsbehov över ett flera gånger större geografiskt upptagningsområde till ett för ASiH tilltagande antal "utspridda" patienter i behov av olika slags mer eller mindre sammansatta insatser i hemmet (av olika professioner eller aktörer). Detta innebar tilltagande och såväl svårförutsägbara som svåröverskådliga behov av transportsamordning för samleverens av nödvändiga vårdinsatser, vilket till skillnad mot 2008 vårdpraktiskt kan understödjas och lösas genom utökat ansvar för nyanställda undersköterskor. Samtidigt som juridiken sätter en gräns för vad en undersköterska får utföra, jämfört med en sjuksköterska. Leverans av läkemedel, samt bedömning, uppföljning och monitorering på plats av patienters blodtryck, vikt med mera utgör exempel på arbetsuppgifter som kunde aktualiseras för undersköterska genom delegering. Om däremot strikta sjuksköterskeuppgifter dominerar vårdinsatsbehovet, så hamnar även basala insatser på sjuksköterskor - vilket då medför både längre patientbesök och att färre patientbesök hinns med eftersom sjusköterskor då får leverera även basala hemsjukvårdsinsatser. På så sätt har en förändrad sjuksköterskeroll utkristalliserats sig på ASiH, som jämförs med distriktsjuksköterskans på en vårdcentral.

Jämfört med 2008 så har patienters rätt och ställning stärkts betydligt genom olika lagstiftning och initiativ, vilket bland annat kommit till uttryck genom vårdval inom allt fler vårdområden. Nu även vårdval ASiH, som från 2013 erbjuds flera nya patientmålgrupper såväl upp som ned i åldrarna. Samtidigt innebär det inte att ASiH kan utgöra ett praktiskt fungerande alternativ till sluten vårdplats för alla patienter, även om övriga inskrivningskriterier (än vårdval) för ASiH är uppfyllda. Det kan handla om allt från social misär, hemlöshet, missbruksproblem till kognitiv svikt, eller helt enkelt praktiskt försvåras eller omöjliggöras av den otrygghet som kan följa av svår sjukdom i kombination med social ensamhet, oro, ångest eller annan belastning och utsatthet för patienter och eventuella närstående.

I landstingets vision om nätverkssjukvård så är det oklart vart patienter som inte "passar in" egentligen kan och ska hänvisas, varför en påtagbar risk för oklart eller uteblivet ansvar för vissa grupper av patienter framträtt. Detta utgör ett nytillkommet patientsäkerhetsproblem, som även innebär att vård indirekt erbjuds på ojämlika villkor. Samtidigt som det från 2013 mer explicit signaleras i ASiHs egen presentation att det handlar om sjukvårdsproduktion som kräver "ordnade och stabila hemförhållanden". En stärkt patientställning med valfrihet mellan olika alternativa och konkurrerande vårdleverantörer för vård- och omsorgsinsatser i hemmet, kan inte lösa detta säkerhets- och ojämlikhetsproblem. Ett hem kan inte heller standiardiseras, och hemmet erbjuder därmed varierande vårdmiljöstandard. LEON- principen ger också otillräcklig vägledning i denna fråga.

Från 2008 så föreligger betydligt fler samverkanspartners, betraktat utifrån antalet inkommande remisser till ASiH. Under en fyra månaders period (september - oktober 2008), så handlade det om totalt cirka 374 remisser från 116 olika remitterande instanser. Under den fyra månaders period (15 januari- 14 maj 2013) som direkt följde efter att vårdval ASiH introducerades, så inkom cirka 457 remisser från 154 olika remitterande enheter. Detta innebär utökade samarbetsbehov mellan ett oklart antal samverkansparters framöver. Eftersom ASiHs samtliga patientmålgrupper inbegriper ett helhetsansvar, finns det anledning förvänta sig ett fortsatt (och troligen växande) antal patienter där det föreligger mera delat ansvar jämfört med 2008 (genom utökade samarbetsbehov) - och inte minst genom fler svårt sjuka patienter med hemtjänst och personliga assistenter i större utsträckning för ASiH jämfört med 2008. Detta mot bakgrund av mer av olika sammansatta sjukdomstillstånd och vårdbehov som genom till exempel patientgrupper "multisjuka äldre". Att mängden hemtjänst-aktörer redan 2008 återkommande exemplifierades som stort, kan rimligtvis inte ha minskat genom ett större geografiskt upptagningsområde från 2013 - tvärtom. Jämfört med 2013 så kvarstår detta som en betydande praktiskt försvårande omständighet, och i synnerhet eftersom mängden nya och okända organisatoriska och sociala gränsytor istället nu ökat ytterligare genom ett större upptagningsområde. Att mängden möjliga involverade specialister och slutenvårds-verksamheter ökar, ger samtidigt en förämrad möjlighet till kännedom om varandras kapacitet, resurser och roller. Huruvida en person- eller verksamhetskännedom kan upprättas med eller utan teknikstöd och reducera dessa oklarheter i en fragmenterad och mindre känd vårdkontext - framstår som mycket oklart givet ett dynamiskt nuläge.

Från 2013 så saknas också ett "inskrivningstak" för ASiH, vilket innebär att ersättning utgår för alla inskrivna patienter som ASiH skriver in - samtidigt som frågan om inskrivningstid är oklar eftersom det kan handla om långtidsvård i hemmet utan slut. Det väckte initialt frågor rörande ackumulering av patienter, med tilltagande vårdbehov och utökad resursförbrukning över tid. Genom vårdval ASiH infördes även en tydlig "utbuds- och efterfrågansprincip", vilket ska innebära inskrivning om en remitterad patient (1) tillhör någon av ASiHs tre nya målgrupper och (2) uppfyller de inskrivningskriterier som tillkommit från 2013. Samtidigt som vårdval ASiH nu möjligör verksamhetsexpansion för konkurrerande aktörer i takt med efterfrågan. Vård i ASiHs regi ska samtidigt från 2013 kunna avse såväl korttidsvård, som långtidsvård - men jämfört med tidigare gäller helhetsansvar även vid korttidsvård. Ett intagningsstopp (kapacitetsbrist som en följd av hög belastning) medför hänvisning till annan ASiH aktör, alternativt att patienten sätts upp på kölista i väntan på inskrivningsmöjlighet hos vald ASiH-aktör. Efter att vårdval ASiH trädde i kraft så är det sammanfattningsvis "utbuds- och efterfrågans-principen" som gäller. Detta innebär konkurrens mellan ASiH-aktörer inom samma upptagningsområde, vilket utgör en ny praktiskt försvårande omständighet för samverkan mellan slutenvården och ASiH - i den bemärkelsen att det blir fler ASiH att etablera kontakter med och hinna samarbeta med jämfört med 2008. Detta berör praktiskt såväl slutenvård som vårdcentraler.

När det gäller "samverkansfrågan" så är det också uppenbart, att det som avses och önskas rörande samverkan i vårdpraktisk frontlinje är ett gediget och välutvecklat organisationsöverskridande realtidssamarbete med möjlighet till personkännedom kring gemensamma patienter

- med stöd och tid för att kunna utveckla detsamma. Denna vårdpraktiska önskan är emellertid lättare sagt än gjort att få tillstånd i realtid givet ett högt in- och utskrivningstryck till och från sjukhusen, och i synnerhet om antalet nya och okända samarbetspartners fortsätter öka genom större geografiska upptagningsområden som en följd av ett nytt uppdrag och vårdval ASiH. Jämfört med 2008 så innebär detta att samordnings- och inriktningsarbetet rörande olika patienter, kan förväntas sluka mer tidskrävande planeringsresurser från 2013 i samband med vårdformsskiften.

Genom landstingets vision om en framväxande nätverkssjukvård så kan ett övergripande diffust delat ansvar sägas råda mellan samtliga aktörer fortsättningsvis, vilket för ASiHs del även innebär från 2013 att mer aktivt än tidigare löpande bedöma och överväga huruvida och när en patient kan/ska remmiteras vidare till en lägre vårdnivå i linje med LEON-principen[213]. Detta innebär mer konkret en utskrivning från ASiH, varefter patienten hänvisas till den lägre vårdnivån (vårdcentralen) som då tar vid som fortsatt huvudansvarig för patienten. Den typen av utskrivning exemplifieras emellertid som en inte helt enkel förestående åtgärd att dels kunna aktualisera, och dels "sälja in" till patient och närstående. ASiHs "service-nivå" med direkt dygnet-runt-tillgång till en för patienten redan känd verksamhetspersonal vid ASiH ger en hög grad av trygghet, vilket då ställs emot en utskrivning till en lägre vårdnivå - som per automatik ger fundamentalt annorlunda och lägre direkt vårdtillgång för patienter och närstående genom vårdcentralernas nuvarande bemanning, uppdrag och öppettider (kontorstid). Det "trygghets-kvitto"[214] som tillkommit sedan 2008 och som ska erbjudas patienter vid utskrivning till en lägre vårdnivå, kan betraktas som ett sätt att söka föregripa eventuella otrygghetsfrågor - samtidigt som kvittot främst klargör och avser "säkra upp" patientens och de närståendes trygghet rörande vårdansvarsfrågan efter utskrivning och inte säkra upp själva vårdtillgångsfrågan. Med ett kritiskt synsätt innebär detta att "kvittot" främst riskerar utgöra en pappersprodukt som ger falsk trygghet och där patienter ändå faller mellan stolarna, även om avsikten med trygghetskvittot är att undvika just detta.

9.3.5 Summering av troliga ledningsrelaterade svårigheter 2013

Jämfört med delstudieresultaten från 2008 som summerats i kapitel 7, så har en betydligt bredare bild framkommit och redovisats i kapitel 9.3.4 rörande vårdpraktiskt försvårande omständigheter från 2013 - som är av betydelse för frågan om säker vård i samverkan mellan nödvändiga aktörer. I figur 26 synliggörs de idealtypiskt framträdande exempel som utgör uppdaterat summerat utfall av den tematiskt riktade innehållsanalys som genomförts inom ramen för delstudie tre - med analytisk utgångspunkt från resultaten från 2008. Figur 26 summerar och avspeglar de idealtypiska exempel som framkommit på kvarstående, förändrade samt nya vårdpraktiskt försvårande problem (och troliga ledningsproblem) från 2013. Dessa troliga ledningsproblem indikerar samtidigt fortsatta ledningsbehov från 2013 inom ramen för

[213] En högre vårdnivå innebär vårdpraktiskt en institutionaliserad lösning i form av ett slags slutenvårdsinrättning, vilket även det kan vara knepigt erbjuda (trots att ett behov kan uppfattas föreligga - ur närståendes eller personalens perspektiv). Detta handlar om att det inte nödvändigtvis uppfattas som positivt för patienten och dennes självbild vid en progredierande sjukdom.

[214] Ett så kallat "Trygghets-kvitto" inbegriper i information rörande patientens status och dennes behov av betydelse inför utskrivning (samt utskrivningsdatum och hemkomstdatum), med uppgift om ansvarig läkare och sjuksköterska.

en framväxande nätverkssjukvård, vilken kräver välfungerande samverkan - och där ASiH jämfört med 2008 såväl ska fortsätta erbjudas, aktualiseras, övervägas, pågå eller avslutas för flera nya patientmålgrupper från 2013.

1. Delat ansvar med oklara ansvarsförhållanden, som en följd av…	Ett stort antal involverade eller varierande med-aktörer, som medför nya och föränderliga sociala och organisatoriska gränsytor	Bristande kännedom om varandras organi-sation, funktion, resurser, roller och uppdrag	Brist på formaliserade mellanorganisatoriska kontaktytor, och avsak-nad av personliga relationer	En stärkt patient-ställning med utökat ansvar för egen eller närståendes vård, där patienten eller den närstående själva bär och koordinerar viktig informationen mellan aktörer	Orealistiska eller outtalade förväntningar på varandra (rörande såväl personal, patient och närstående)
2. Ensamarbete och tilltagande tidspress, som en följd av...	Att arbetets organisering anpassas främst i linje med efterfrågan	Ett högt och växande antal patienter i hemmet, med tilltagande vårdbehov och vårdtyngd	Ekonomiska ersättnings-former för antal patienter, istället aktuellt för eller oavsett vård-behov och vårdtyngd	Ett helhetsansvar med ”ofrånkomligt” vårdbehovstänkande, framför delansvar med avgränsat insatstänkande	Utökad transporttid istället för patient tid, genom större, mindre kända och även mer svårtillgängliga geografiskt belägna upptagningsområden
3. Varierande eller otillräcklig erfarenhet, förtrogenhet och kompetens med arbetsuppgifter, som handlar om....	Kunskap om olika sjukdomstillstånd och deras "normal-förlopp", utveckling och symtom-bild	Kunskap om dels olika behandlingar och deras följdverkan, och dels om olika läkemedels möjliga biverkningar	Kunskap om basal vård och omvårdad, såsom sårvård, sondmatning, rensugning av luftvägar vid ventilatorbehand-ling med mera	Handhandhavanden av mer eller mindre känd medicinsk tekniska hjälpmedel eller utrustning i hemmet	Brist på förekomst och erfarenhet av multiorga-nisatorisk samverkan eller förtrogenhet med multi-professionella eller team-baserade samarbetsformer
4. Otillräcklig informations- och kommunikations-möjlighet, form och forum, som handlar om...	Dokumentation och inläsning som ersatt muntlig kommunikation och överrapportering	Språkliga hinder bland patienter, närstående och personal, med brist på omgående tillgång eller möjlighet till tolkning.	Feltolkning eller informationsbortfall genom muntlig eller indirekt skriftlig informations-överföring som kan fortgå i flera olika led (andra och tredje och så vidare).	Distansbedömningar eller konsultationer av patienter med hjälp av nya/okända medaktör-er med varierande erfarenhet, förtrogen-het och kompetens	Avsaknad av given smidig arena eller arbetsform som multiorganisatorisk realtidsmötesplats rörande vårdplanerings eller andra angelägna samrådsfrågor under fortgående vård
5. Otillräckliga stödsystem och teknologi för informationsutbyten eller kommunikation, vilket handlar om...	Olika journalsystem för medicinsk och omvård-nadsmässig dokumenta-tion, samt oklar och varierande tillgång till digitalt gemensamt journalsystem för i synnerhet "externa" privata aktörer	Brist på tillgång till aktuell välfungerande telefonlista för vård-personal, för snabb möjlighet till såväl kontakt som kommu-nikation med nödvän-diga presumtiva medaktörer	Informationsbrist genom juridiska hinder och sekretess eller brist på dokumentation av viktig information, alternativt informations-överflöd genom omfattande eller svåröverskådlig journaldokumentation	Brist på dels ändamåls-enliga mellanmänsk-liga sambandsstöd och möjligheter till det-samma i realtid, dels på avsaknad av muntliga kommunika-tionsrutiner över orga´-nisatoriska gränsytor	Inaktuell, svåröverskådlig och geografiskt "utspridd" information och kunskap om patientens belägenhet och nulägesstatus

Figur 26 Summarande matris av troliga ledningsproblem,från 2013 (egen figur).

6. Otillräckliga hjälpmedel eller teknologi för diagnostik, behandling, uppföljning eller övervakning i hemmet, vilket handlar om...	Tilltagande och nytillkomna resursbehov av teknologi eller hjälpmedel i vården av patienter med allt fler nya avancerade sjukdomstillstånd som kan/ska erbjudas vård i hemmet	Brist på teknikstöd för logistik för överblick och optimerad inriktning och samordning av olika slags vårdinsatser, till patienter med olika insatsbehov över stora geografiska områden	Bristande kännedom om förekomsten eller innebörden av inplanterad eller annan förekommande livsuppehållande teknologi	Faktisk brist på realtidstillgång till viss medicinsk teknologi eller andra hjälpmedel som kan underlätta säker eftervård, rehabilitering eller uppföljning	Utskrivning med kort tidsvarsel från sjukhus, där säkerställande av nödvändig teknologi eller andra viktiga hjälpmedel för såväl patient som personal uteblivit
7. Brist på samsyn och medikaliseringstendens, som en följd av...	Olika behandlingsideologiska målsättningar och utgångs-punkter – som till exempel kurativt kontra palliativt	Medicinsk och teknologisk utveckling med en ständigt utökad behandlingsarsenal som kan erbjudas	Tidsbrist genom dynamiskt eller snabbt fortskridande biverkans- eller sjukdomsförlopp	Olika bild av patienters status, genom geografiska avstånd och att fler läkare från olika organisationer är involverade	Brist på kommunikation – genom avsaknad av såväl informella avstämningskontakter som formella samrådsform eller samrådsrutin
8. Hemförhållanden eller livsomständigheter, som handlar om…	”Mjuka" arbetsmiljöfaktorer i form av aggressiva hundar, ”dysfunktionella” eller otillräcknerliga närstående med missbruk med mera.	Social utsatthet med påtagbar misär i eget boende, alternativt avsaknad av eget boende (hemlöshet)	”Hårda" arbetsmiljöfaktorer i form ergonomiskt svåranpassad bostad eller brist på möjlighet till lämpliga hjälpmedel som underlättar genomförandet av vårdinsatser i hemmet	Bristande förmåga eller motivation för "compliance" (att följa behandlingsråd), som en följd av till exempel kognitiv svikt (demens), svår psykisk sjukdom eller missbruksproblematik	Mycket krävande och manipulativa patienter och/eller närstående, alternativt total avsaknad av närstående
9. Resursbehov med otillräcklig resurstillförsel, som handlar om...	Brist på inskrivningstak för vård i hemmet, med ackumulation av antal inskrivna patienter från slutenvård med växande vårdbehov	Brist på vårdtyngdsmätningsmetoder för vård som bedrivs med hemmet som bas i nätverksform, som kräver betydande samverkan	Resurskrävande patientklientel med ofrånkomligt tilltagande vårdbehov som successivt behöver mötas upp över tid	Uteblivet, för långsamt eller otillräcklig biståndsbeslut från biståndsbedömare om hemtjänstinsatser eller andra möjliga stöd	Brist på dels lämpliga slutenvårdsplatser som "beredskapsbuffert ” och dels brist på alternativa vårdlösningar utöver sjukhus, ASiH och basal kommunal hemsjukvård

10. Diskussion och slutsatser

I kapitel tio presenteras avhandlingens kunskapsbidrag som en designlogisk analys, med avseende på vad ledning för resurseffektiv säker intermediär multiorganisatorisk vård i nätverk kan innebära för samt tillföra hälso- och sjukvården. Därefter återfinns det desiglogiskt observationsutfall, som utmynnar i avhandlingens slutsats - det ledningsvetenskapliga svaret på avhandlingens forskningsproblem och forskningsfrågor. Detta ger en bild av ledningsperspektivets innebörd, potential och relevans för hälso- och sjukvården av betydelse för säker resurseffektiv IMV i nätverksform. Efter slutsats finns en kortfattad belysning av de alternativa perspektiv och rivaliserande betraktelsesätt som framstått som särskilt relevanta, och ett efterföljande avsnitt med metodmässiga begränsningar och hanteringen av detsamma. Kapitlet avslutas med några ledningsvetenskapliga överväganden för hälso- och sjukvården, och förslag på fortsatt möjlig forskning kopplat till detsamma.

10.1 Avhandlingens kunskapsbidrag

Nätverkssjukvård (NVS) utgör ett framväxande men oprövat sjukvårdskoncept i landstinget från 2013, där visionen är *nätverkseffekt.* Detta genom patientunika sätt att designa och producera säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk sjukvård- och omsorg på, med hemmet som huvudsaklig vårdplats. Precis som vårdformen ASiH 2008 så kräver även NVS ett mer eller mindre nära realtidssampel mellan olika involverade vård- och omsorgsaktörer. Detta gäller såväl inför som under genomförandet av avgränsade insatser och mer sammansatta patientuppdrag inom ramen för NVS. Utifrån ett ledningsvetenskapligt perspektiv framstår nätverkseffekt påtagbart problematiskt uppnå vid NVS, eftersom det ledningssystem som gestaltar sig från 2013 inte understödjs i tillräcklig utsträckning för vårdpraktiker. Detta avser såväl styrdokument, organisering, tekniska hjälpmedel som andra rutiner och stödsystem.

Med bredare patientmålgrupper för ASiH och flera patienter i en betydligt större antalsmässig mängd och variationsrikedom än 2008, ska patientgenomströmningen i landstingets NVS-koncept med ASiHs hjälp dirigeras till lägsta effektiva omhändertagande nivå (LEON-principen). Detta genom välfungerande samverkan. Samtidigt ska ASiH fortsätta bygga på frivillighet, och utgöra ett patientsäkert valbart alternativ till vård på sjukhus (för berättigade patienter). Med nytt effektmål från 2013 förväntas ASiH även både skriva ut och in patienter i större utsträckning jämfört med 2008, när så är medicinskt påkallat enligt LEON-principen. Detta betyder att ASiH har vårdplatsreglerande funktion i NVS-konceptet.

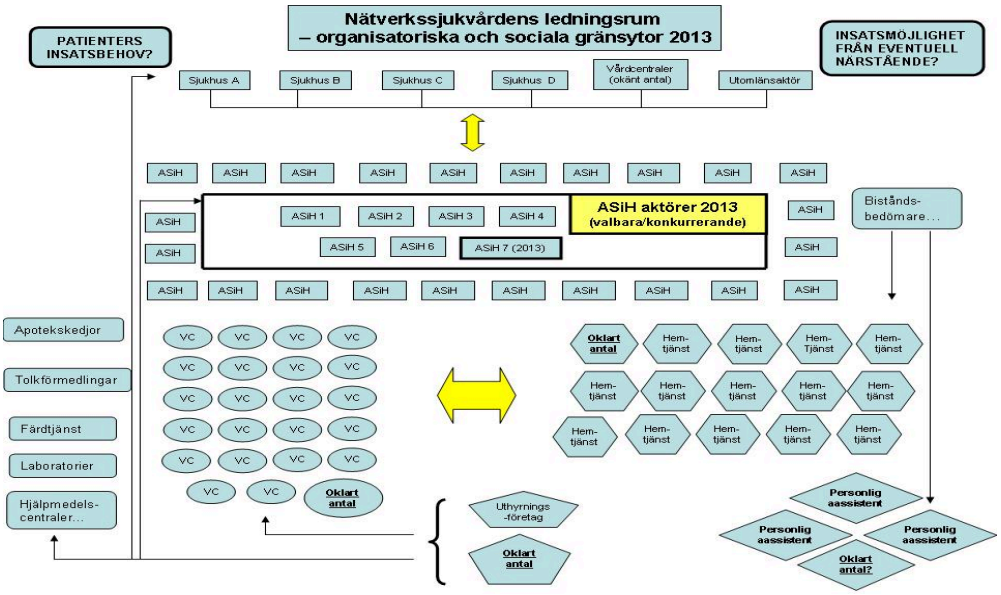
En utökad patientgenomströmning inom ramen för NVS-konceptet är inte ledningsmässigt oproblematiskt, eftersom en ökad genomströmning av patienter mellan olika vårdnivåer inte bara kräver välfungerande samverkan - utan därigenom även tilltagande ledningsresurser. Detta talar för att NVS kräver en kommunikationsintensiv ledningsmetodik, med utrymme för decentraliserat ledningskoncept i linje med patientuppdragens karaktärsdag.

Den ledningsproblematik som uppmärksammades 2008 har inte bara "överförts" till NVS-konceptet, utan även utökats från 2013. Samtidigt som problematiken genom bredare och flera patientmålgrupper berör och innefattar flera potentiella patienter, eventuella närstående och aktörer över ett betydligt större geografiskt upptagningsområde jämfört med 2008. Detta betyder längre transportsträckor och sambandsbehov genom utökat distansarbete, och därigenom även ofrånkomligt tilltagande logistiska behov rörande transporter och tillgängliga resurser.

Sammanfattningsvis har den förändring och utveckling som skett i landstinget efter 2008 mot NVS, medfört en betydande modifiering av vårdgrenen ASiHs syfte, funktion och roll från 2013. Modifieringen betyder ledningsmässigt att ASiH transformerats i riktning mot bredare sjukvårdsproduktion, med en nyckelfunktion i ett framväxande nätverksteknologiskt sjukvårdskoncept som en vårdplatsregulator. Detta för att både frigöra vårdplatser från akut sjukhus, och påskynda utskrivning av patienter för vård i hemmet. Samtidigt som ASiH även ska förhindra inläggning av patienter på akutvårdinrättningar, genom att i stället erbjuda och leverera vård i hemmet enligt LEON-principen - med ASiHs engagemang när så är påkallat vidbehov enligt fastställda kriterier - och inom ramen för NVS-konceptet.

10.1.1 Ledningsproblematiskt utgångsläge för NVS

NVS-konceptets ledningsproblematiska utgångsläge 2013, präglas av samverkansfrågan - eftersom det betyder ett vårdpraktiskt delat ansvar som arbetsform och utökat sambandsbehov. Samtidigt som ingen aktör sätts under någon annans "befäl" vid samverkan. Jämfört med 2008 har ytterligare fyra praktiskt försvårande omständigheter framkommit som påverkansfaktorer i ledningsprocessen, som från 2013 handlar om totalt nio olika omständigheter (figur 26) som påtagbart kan försvåra såväl inför som under genomföranden av nya patientuppdrag i samverkan inom ramen för NVS. Det som praktiskt försvårar för säker vård berör fortfarande tidpunkten såväl inför att vård avser aktualiseras, som den tidpunkt under vilken vård genomförs och pågår samt vid behov av en snabbt förändrad vårdnivå (till exempel inskrivning eller utskrivning från sjukhus). Det är ett nytt och betydligt större ledningskontextuellt sammanhang som ASiH blivit en del av från 2013, vilket illustreras i figur 27 nedan. Av bilden framgår att ASiH (7) som utgör exemplet i avhandlingen, numera konkurrerar med sex andra ASiH aktörer om patienter i samma upptagningsområde. Detta i kombination med bredare patientmålgrupper och en geografisk yta som är flera gånger större än 2008, innebär att mängden potentiella samverkanspartners kan i det närmaste fortsätta öka på ett "explosionsartat" sätt. Sannolikheten att lära känna varandra och etablera personliga relationer har därigenom försvårats, varför frågan om möjlighet till "snabb tillit" (Mayerson et al.,1996; Larsson, 2005; 2006) framstår som än mer relevant jämfört med 2008. Detta eftersom NVS konceptet medför att tillfälligt sammansatta samarbetskonstellationer lär aktualiseras i betydligt större utsträckning från 2013.



Figur 27 ASiH (nr 7) i NVS ledningsrum - sociala och organisatoriska gränsytor från 2013, (egen figur).

Ovanstående ledningsrum för 2013 framstår som ledningsmässigt problematiskt av flera skäl. För det första är det oklart hur efterfrågad multiorganisatorisk samverkan inom NVS mer konkret ska realiseras i vårdpraktisk frontlinje, eftersom samverkan kräver ledningsmetodik och viss organisering för detsamma. Det saknas. För det andra betyder ökad patientgenomströmning (genom nytt effektmål för ASiH) jämfört med 2008, att det föreligger såväl behov av som utökade krav på ännu snabbare vårdformsskiften från 2013. Detta kräver mycket välfungerande samverkan[215] med ändamålsenlig ledning, och ledningsstöd för detsamma.

I vårdpraktiken betyder NVS-konceptets samverkansfråga att tilltagande intermediära multiorganisatoriska realtidssamarbeten i patientunika konstellationer står inför dörren, vilket innebär kraftigt utökade mellanorganisatoriska kommunikationsbehov. Orsaken är bland annat att många flera potentiella patienter förekommer inom ramen för NVS (genom bredare patientmålgrupper), samt en utökad variationsmöjlighet av sociala och organisatoriska gränsytor genom utökat antal vårdaktörer för patienters vårdval. I forskningsstudiens första fas (första september till sista december 2008), så inkom totalt 336 digitala remisser[216] på fyra månader från 116 olika remitterande enheter (verksamheter och organisationer). I forskningsstudiens andra fas (15 januari till 14 maj 2013), så inkom totalt 457 inkommande remisser från 154 olika remittenter. Efter introduktion av vårdval 15 januari 2013 för patienter med konkurrens mellan flera valbara ASiH utförare, så följer en mer svårförutsägbar och variationsrik led-

[215] Detta kan i vårdpraktiken enligt gällande styrdokument 2013 utmynna i olika typer av samverkan för varje unik patients räkning i vad Anell och Mattisson (2009, s. 13-15) benämner som såväl interprofessionell, interorganisatorisk som intersektoriell samverkan - vilket erfarenhetsmässigt reser frågor om hanteringen av och tillgången till information och kommunikation om vård- och omsorgstagaren - där juridiska hinder och reglering av detta utvecklats ytterligare sedan 2008 (sekretessbelagd patientinformation och skydd av personlig integritet).
[216] Detta avser remisser till ASiHs tre team 2008 (inte basalt team), se figur 21 i kapitel 4.2.2. Utöver 336 digitala remisser, så inkom 44 pappersremisser som utgör kvalitativt analysunderlag - se kapitel 6.2.2.

nings- och samverkanssituation i jämförelse med 2008. Konkurrerande ASiH-utförare levererar nu sjukvårdsinsatser över ett betydligt större geografiskt upptagningsområde från 2013 jämfört med 2008. Samtidigt som avhandlingens ASiH-exempel expanderat som verksamhet, med filialer som förvisso minskar ASiHs transportsträckor och underlättar den interna logistikproblematik som snabbt tornade upp sig redan hösten 2012. Men likväl genomsyras det ledningsproblematiska utgångsläget i större utsträckning än 2008 av såväl svårförutsägbara potentiellt transportsträckor genom utökad geografisk distans mellan ett tilltagande antal och rikare variation av; aktörer, patienter och eventuella närstående.

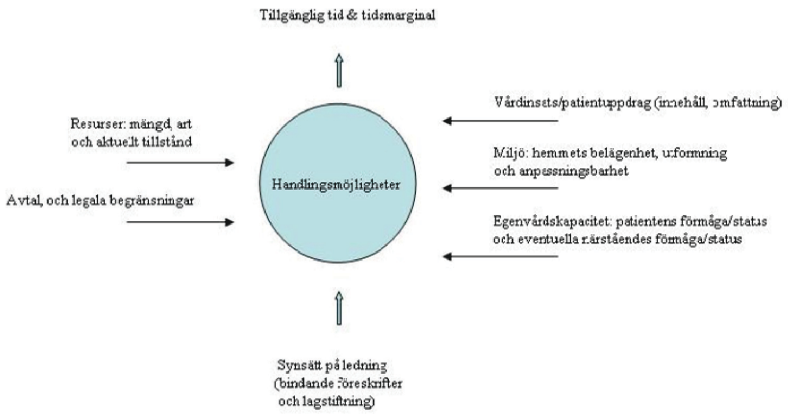
Det ledningsproblematiska utgångsläget för NVS, synliggör ett mönster av en resurskrävande lednings- och samverkansproblematik. Detta betyder vårdpraktiska svårigheter i frontlinjen att eftersträva patientsäker resurseffektiv hälso- och sjukvård inom ramen för konceptet. Främst genom otillräckligt lednings- och samverkansstöd, och att en betydligt större mängd och mindre känd variation av nya unika patientuppdrag ska riktas mot bredare patientmålgrupper från 2013. Utbredning av e-hälsotjänster och beslut om ett formaliserat delat ansvar genom välfungerande samverkan mellan aktörer (som arbetsmodell), i kombination med uppmaning till samarbete för patienters räkning är otillräcklig vägledning som inte ger ledningsstöd för säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk sjukvårdsproduktion i nätverk. Detta kan inte antas lösa förväntad ledningssvårighet i samband med ett NVS-koncept. Fortsatt utveckling av e-hälsotjänster, juridiskt stärkt patientställning med valfrihet samt konkurrens mellan sjukvårds- och omsorgsproducerande aktörer, kan inte heller per automatik antas understödja en välfungerande samverkan mot nätverkseffekt. Detta reducerar inte heller det ledningsbehov som uppmärksammades redan 2008 vid intermediär multiorganisatorisk vård.

Ovanstående problembild indikterar att ett nytt sätt att se på ledning sannolikt kan tillföra hälso- och sjukvården en utveckling ledningsmetodmässigt, utifrån ett nytt och komplementärt sätt att se på ledningsfrågan och dess syfte: som en fråga om insatsledning och samverkan inom ramen för vad Brehmer (2013) benämner ett möjlighetsrum i ett yttre dynamiskt system. Detta eftersom ledning då utgör en funktion - vars syfte handlar om inriktning och samordning i ett möjlighetsrum (för patienters räkning), vilket ledningsmetodmässigt kan ske på olika sätt beroende på:

(1) omständigheter som ligger vid handen i det yttre systemets möjlighetsrum och

(2) karaktärsdraget på förekommande patientuppdrag inom ramen för NVS.

Det yttre systemet kan i linje med Brehmers (2013) resonemang, översättas och illustreras i nedanstående modell - där sju begränsande faktorer kan upmärksammas som relevanta för vårdpraktikernas handlingsutrymme inom ramen för NVS-konceptet. I nedanstående modell återfinns även flertalet av de praktiskt försvårande aspekter som summerats i tidigare tabell 26.



Figur 28 Nätverkssjukvårdens möjlighetsrum (vårdpraktikernas handlingsutrymme), vilket begränsas av sju olika faktorer. Figur modifierat återgiven med tillstånd av författare, efter Brehmer (2013, s. 43 och 46).

Utifrån ovanstående resonemang som är baserat på matrisen av troliga ledningssvårigheter (figur 26) och figur 27 (NVS ledningsrum), så växer en bild fram av NVS-konceptets ledningsmässiga utgångsläge. Detta innefattar en ledningsproblematik som enligt ovan kan tolkas som en direkt spegel av det yttre system som inverkar på vårdpraktikernas handlingsutrymme i NVS möjlighetsrum, vilket betyder att design av det inre systemet (NVS ledningssystem) behöver kunna svara upp mot yttre systemets föränderlighet för att möjligöra effektiv ledning.

Vårdpraktikernas ledningsmässiga handlingsutrymme i NVS möjlighetsrum präglas av:

- Ledningskontext med flera aktörer, som ger många organisatoriska och sociala gränsytor (swift trust?)
- Geografiskt utspridda aktörer och svårförutsägbara transportsträckor (brist på resursöverblick!)
- Tidspress och flera nya resurskrävande aktiviteter (genom nytt effektmål och vision om nätverkseffekt)
- Koordinerings- och samarbetsbehov i realtid (men brist på stödsystem för detsamma)
- Oklar svårförutsägbar resursåtgång (vid fortskridande sjukdom)
- Potentiella komplexa operationer och dynamiska beslutsuppgifter (möjlighet till Harmonisering?)
- Delat patientansvar, men utan gemensamt övergripande enhetligt ”befäl” (potentiell komplex operation)
- Unika patientuppdrag (betydande och gränslös variabilitet)
- Brist på sambandsmöjlighet (organisation, procedur, teknik)
- Ekonomiska incitament (inåtriktat/verksamhetsinriktat synsätt på ledning)
- Varierande förtrogenhet, kompetens och befogenhet i frontlinje (svårt med uppdragstaktisk lösning)
- Varierande hem- och livsförhållanden (betydande och gränslös variablitet - icke standardiserat hem/liv)

- Bristande samsyn genom olika vårdfilosofiska riktningar (palliativ kontra kurativ[217])
- Otillräcklig teknologitillgång (diagnostik, behandling, uppföljning och övervakning på distans)

Den säkerhetsrelaterade ledningsproblematik som uppmärksammades 2008 är enligt ovan fortfarande aktuell 2013, men har tilltagit på ett betydande sätt. Det innebär att förestående ledningssvårigheter för NVS handlar i likhet med 2008, fortfarande om (1) patienters unikum och (2) praktiskt försvårande omständigheter - vilket fortfarande kan förväntas medföra resursslöseri genom såväl friktioner som ledningsvakuum. Nya potentiellt mycket bredare patientuppdrag för ASiH betyder nya friktionskällor genom en större och mindre känd variabilitet (rörande patienters unikum, se kapitel 9.3.4.1) inom ramen för NVS-konceptet. Mot bakgrund av tidigare resultat rörande patientuppdragens karaktärsdrag 2008, så framstår patientuppdragen från 2013 som en fortsatt resurskrävande ledningsaspekt för involverade aktörer.

10.1.2 Ledningsmässigt önskat slutläge för NVS

Välfungerande samverkan med önskad nätverkseffekt uppnås genom att det yttre systemet påverkas på så sätt att det inre systemet (ledningssystemet) strukturerar upp verkanssystemet, som utgörs av de patientunikt nödvändiga involverade parternas verksamhet. Detta så definierat slutmål (end state) med nätverkssjukvårdskonceptet uppnås. *End State* kan tolkas som uttryck för den uppsättning nödvändiga villkor som definierat att nätverksjukvårdens slutmål uppnåtts.

Utifrån den problembild som framträtt, så kan följande inriktning formuleras för NVS:

> Resurseffektiv säker nätverkssjukvård bedrivs på lägsta effektiva omhändertagande nivå genom välfungerande samverkan, oavsett vilken typ eller mängd av aktörer som behöver involveras för att tillgodose patienters vård- och omsorgsbehov i linje med LEON-principen.

Mot bakgrund av de omständigheter som NVS står inför 2013, går det utifrån ovan formulera sju möjliga effektmål för att önskat slutläge ska kunna uppnås:

1. Det finns en ändamålsenlig nätverksledningsorganisation som inrymmer en operativ ledningsnivå med understödjande logistikenhet
2. Övergripande synsätt på ledningsfrågor är främst funktionsinriktat (inte processinriktat)
3. Det finns en ledningsdoktrin som reglerar och vägleder personal praktiskt, genom tillhandahållande av lämplig ledningsmetodik och olika ledningskoncept i samband med enstaka vårdinsatser och sammansatta patientuppdrag i linje med deras karaktärsdrag och resursutgång.
4. Det föreligger praktisk möjlighet till ansvarsutkrävande av såväl verksamhetsföreträdare som enskild personal.
5. Det finns ett juridisk och praktiskt handlingsutrymme för ledningskoncept som står i paritet med karaktärsdragen på de patientuppdrag som hanteras inom ramen för nätverkssjukvårdskonceptet.
6. Det finns ändamålsenliga realtidsledningsstöd med teknik, organisation och procedurer, som understödjer realtidssamband och nödvändig samverkan i patientunika nätverk.

[217] Med kurativ avses här botande syfte med behandling.

7. Det finns spelregler i form av olika principer för vårdval, som kan vägleda och ligga till grund för patienters valfrihet (förutsägbara möjliga utfall för trolig resursåtgång) – till exempel utifrån kontinuitet, geografisk närhet, vård- och omsorgsutbud med mera.

10.1.3 Det inre systemets krav och villkor

Genom de behov som finns och de krav som i dag ställs på produktion av säker resurseffektiv hälso- och sjukvård genom samverkan i nätverkform, så behöver uppmärksammad ledningsproblematik kunna föregripas och om möjligt helt lösas - av såväl patientsäkerhets- som resurseffektivitetsskäl. Om ledning och ledningssystem betraktas som en funktion med syftet att understödja inriktning, samordning eller samverkan, så är det möjligt att resursslöseri genom onödiga friktioner och ledningsvakuum kan undvikas. Detta är angeläget eftersom resultaten indikerar att den säkerhetsrelaterade ledningsproblematiken för vårdformen ASiH 2008 kvarstår och samtidigt har tilltagit, varför det är sannolikt att problematiken fortsätter belasta även NVS-koncepet från 2013. Ett ledningsvakuum vid patientuppdrag inom ramen för NVS-konceptet betyder fortsatt potentiellt resursslöseri, med risk för godtycklig och ojämlik vård för patienter som "faller mellan stolar". Detta kan medföra ytterligare konsekvenser för såväl: patienter och eventuella förekommande närstående, med lidanden, otrygghet eller vårdskador samt utgör rimligtvis även en potentiell källa för fortsatt arbetsrelaterad ohälsa för personal.

Det finns samtidigt påtagbara skillnader rörande ledningsvillkoren mellan 2008 och 2013 som komplicerar ledningsfrågan, vilket främst handlar om stärkt patientställning från 2013. Med juridiska regleringar har rollfördelningen påverkats mellan presumtiva patienter, närstående och personal. I förlängningen inverkar detta på ansvarsfrågan, i den bemärkelsen att en ansvarsförskjutning ofrånkomligen sker indirekt från personal till patient och eventuell närstående. Detta är problematiskt i de fall patienter saknar tillräcklig autonomi, eller då närstående inte kan bistå med insatser eller stöd i den utsträckning som intermediär multiorganisatorisk vård i hemmet kan kräva. Patienten eller närstående i dennes plats (om närstående finns) har på ett mycket tydligare sätt än 2008 fått en stärkt inflytanderätt som medaktör i den egna vården från 2013. Det betyder samtidigt att utrymmet för paternalistiska[218] inslag sannolikt minskar ytterligare genom ett nätverkssjukvårdskoncept. Minskade inslag av paternalism går förvisso i linje med ett mer etiskt riktigt, modernt och värdigt förhållningssätt gentemot patienten - betraktad som beslutsförmögen autonom medaktör i egen och/eller eventuell närståendes vård. Samtidigt som utebliven paternalism paradoxalt nog blir etiskt problematiskt att vårdpraktiskt hantera, när eller om förmåga till autonomi sviktar eller börjar svikta genom sjukdomsprogress hos patient eller när aktiva och autonoma närstående saknas. Paradoxalt nog framstår därigenom inte nödvändigtvis alltid en stärkt patientställning varken som etiskt riktigt eller resursoptimalt, eftersom en stärkt ställning kan få ett oavsiktligt "pris" som kan komma betalas av den som inte har hälsa, kraft eller stöd nog att utnyttja en stärkt ställning.

Ovanstående ledningsvillkor är problematiskt eftersom det är oklart var patienter ska hänvisas när långtidssjukvård i hemmet inte utgör ett patientsäkert resurseffektivt alternativ, och där sjukvård i kommunal regi är otillräcklig av medicinska eller andra skäl. Sviktande patient- eller närståendeautonomi framstår därigenom som en anomali i NVS ledningssystem, som

[218] För vidare läsning om rollfördelning och synen på värdet av paternalism relaterat till auktoritet och autonomi, se till exempel Lynöe, Engström och Löfmark (2009).

inte tycks ha beaktats i tillräcklig utsträckning i det framväxande oprövade NVS konceptet. Eftersom andelen ensamhushåll i just Sverige lyfts fram som högst i världen (SCB, 2013), så går det konstatera att det kan växa fram en etiskt problematisk otrygghetsproblematik - om andelen vård i hemmet ökar och samtidigt förutsätter understödjande praktiska insatser och engagemang av närstående. Det betyder inte bara risk för ojämlik vård utan samtidigt att hälso- och sjukvårdens värdegrund kan urvattnas, till förmån för en "instrumentellare" vård- och omsorg. Detta genom leverans av förutsägbara standardiserade insatser inom ramen för ett NVS-koncept, och oftast i hemmet genom egenvård och med hjälp av teknik, när så är praktiskt möjligt med eller utan närstående.

10.1.3.1 Ledningsbehov och krav på ledningssystem för NVS

Vad som av patientsäkerhetsskäl behövde ledas 2008, var dels:

(1) *ledning av patienthantering i samband med vårdformsskiften* och dels,

(2) *ledning av genomföranden av patienters realtidsvård.*

Utifrån dåvarande omständigheter 2008, så kunde inte det framträdande ledningssystem som då gestaltade sig möta de krav som den hypotetiska ledningsfunktionen ställde. Detta utmynnade i ett förslag till ledningsmodell (figur 24), vilken givet dåvarande omständigheter bedömdes understödja effektiv ledning för säker vård genom grundläggande organisering med fiktiv operativ ledningsnivå - och praktiskt och juridiskt utrymme för lämpliga ledningskoncept och tekniska realtidsledningsstöd i linje med patientuppdragens karaktärsdrag. Ledningsmodellen avsåg förhindra riskfyllt[219] resursslöseri genom det ledningsvakuum som återkommande uppstod 2008. Ledningsmodellen avsåg förhindra ledningsvakuum och därigenom bidra till kostnadseffektivare, säkrare och värdigare intermediär multiorganisatorisk vård i hemmet. På så sätt antogs patienttid frigöras för personal och främja bättre arbetsmiljö, eftersom frontlinjemedarbetarnas arbetsvillkor kunde ägnas åt kärnverksamhet - patienter och eventuella närstående. Givet nytillkomna omständigheter efter 2008 fram tills NVS-konceptet 2013, så finns det inget som tyder på att behovet av en operativ ledningsnivå har upphört - tvärtom. Detta genom landstingets vision om nätverkseffekt och ASiH-verksamheters effektmål. Ledningsmodellen från 2008 (figur 24) är därför fortfarande organisatoriskt relevant som utgångspunkt inför design av det inre systemetet (NVS ledningssystem). Däremot har tilltagande logistikbehov framträtt genom NVS-konceptets utökade mängd potentiella vård- och omsorgsproducenter, vilket medför ytterligare ledningsbehov från 2013 - det avser reursutnyttjandet (se utvecklat nedan). Genom den tilltagande mängden och variationsrikedomen av aktörer och patientuppdragens variabilitet, så är det är rimligt utgå från att resurseffektiv NVS kräver en understödjande organisatorisk logistikfunktion - och rimligtvis på tidigare föreslagen fiktiv operativ ledningsnivå. Ledningens orienteringsfunktion[220] vid NVS kan förväntas vara resurskrävande, eftersom orienteringsbegreppet är handlingsinriktat. Ledning av insatser handlar om att få saker gjorda, inte bara om att förstå vad som behöver göras. Enligt Brehmer

[219] Det riskfyllda avser såväl personal (arbetsrelaterad ohälsa), som patienter (vårdskador) - men också närståendes hälsa och livsvillkor då hemmet utgör vårdplats och de fyller en viktig fuktion/roll som "medvårdare".
[220] Med orientering avser jag ledningsfunktionens sensemakingfunktion i linje med teoretisk referensram. I Brehmer (2013) ersätts begreppet sensemaking med orientering, då sensemaking inte längre bedömts lämpligt.

(2008a; 2009c; 2013) kräver orientering någon form av gemensam lägesbild, vilket är problematiskt vid karaktärsmässigt komplexa operationer - vilket patientuppdrag inom ramen för NVS kommer innefatta. Det innebär vid tilltagande vård- och omsorgsinsatser ett begränsande villkor i design av ett inre system för NVS, eftersom komplexa operationer betyder svårighet att exakt förutsäga och besluta om: typ, mängd och frekvens av realtidsinsatser. Otillräckliga resurser i inledningsskede vid komplex operation, kan som Brehmer (2008a, s. 13; 2009c) uppmärksammat, medföra förlorad kontroll och ytterligare resurser för återtagande av kontroll.

Designproblemet av det inre systemet för NVS, utgörs inte bara av potentiella komplexa operationer, utan även av vårdpraktikernas behov (samt patienters och eventuella närståendes vilja eller förmåga till insikt i fördelen med delad information) av gemensam lägesbild i samband med insatser vid patientuppdrag inom ramen för NVS. Det säkerhetsrelaterade ledningsproblemet utgörs av om det i linje med Brehmers (2008c) resonemang *inte*:

> [...] finns en bild som är "gemensam", utan att det finns tillgång till lägesinformation av just det slags som varje användare behöver. Den behöver emellertid inte vara samlad i en bild, utan kan bestå av ett antal lokala bilder för de olika användarnas behov (Brehmer, 2008c, s. 20).

Föreställning om ledning utifrån gemensam lägesbild, går tillbaka till att ledning förutsätter och *utövas av en person* (Brehmer, 2008c, s. 19). Mot bakgrund av detta, och att det inte gått klargöra någon karaktärsmässig förändring av inkommande patientuppdrag till ASiH från 2013 jämfört med 2008, så bör utgångspunkt vid formulering av designkriterier för NVS inre system vara beredskap för potentiella och faktiskt förekommande komplexa operationer även inom NVS. För att ledningssystemets slutliga form för NVS ska kunna producera inriktning och samordning på rätt sätt (ledningskoncept behovsanpassat utifrån patientuppdragens karaktärsdrag), så behöver designkriterier uppfylla de krav som yttre systemet ställer - eftersom det inre systemet ska spegla (och även kunna simulera om man så vill!) det yttre systemet. Problemet vid design av NVS inre system handlar också om hur kontrollspannproblemet[221] ska klaras, eftersom det är brett genom en utökad mängd samverkansparters från 2013 (jämfört med 2008). Detta i synnerhet genom ASiHs nya roll i relation till en rik mängd hemtjänstaktörer som "medarbetare", vilka ASiHs sjuksköterskor behöver kunna arbetsleda för säker resurseffektiv vård i linje med LEON-principen.

Det abstrakta ledningsrum som framträtt för NVS från 2013 (figur 27), i kombination med den ledningsmässiga problembilden (figur 26) synliggör vårdpraktikernas ledningsmässiga handlingsutrymme, det vill säga möjlighetrummet (figur 28). Detta kan tolkas som en spegel av det yttre systemet, vilket talar för att kravet på NVS lednings- och samverkanssystem även kan formuleras i linje med de krav Brehmer (2013, s. 92) föreslår för ett insatsledningssystem såväl civilt[222] som militärt:

[221] Kontrollspannsfrågan kan betraktas som intressant i NVS-konceptet, där frågan om kontrollspann kan få avgörande betydelse för invlverande verksamma chefer eller arbetsledare: de behöver kunna skapa välfungerande arbetsrelationer!
[222] Med civilt avser jag räddningstjänstens verksamhet (min anmärkning).

1. **Förmåga hantera tidsfaktor**, genom ASiHs effektmål med ny roll/funktion (snabb utskrivning/inskrivning till lägsta vårdnivå) och landstingets vision om nätverkseffekt.

2. **Förmåga hantera komplexitet,** genom NVS ledningsrum, patientuppdragens karaktärsdrag och många olika problem och beroenden mellan aktörer.

3. **Förmåga hantera friktion,** genom det yttre systemets dynamik, variationsrikedom och osäkerhet (ofrånkomliga potentiella friktionsskapare).

Resultaten visar att det som behöver ledas (inriktas och samordnas) i samband med NVS från 2013:

utgår från samma typ av problematik som påvisades i Lagerstedt (2012). Skillnaden är att det från 2013 tillkommit ett påtagbart behov av att säkerställa att resursutnyttjandet kan optimeras inom ramen för NVS. Detta genom ASiHs nya effektmål och landstingets krav på välfungerande samverkan i strävan mot önskad nätverkseffekt.

Med ett ledningsvetenskapligt synsätt så kräver nätverkssjukvårdskonceptet ledning och lämplig ledningsmetodik för att möjliggöra ett optimerat resursutnyttjande inom NVS, och där tre områden framträtt som angeläget att leda för att möjliggöra önskad nätverkseffekt från 2013:

1. **Patienthanteringen i vårdformsskiften**, vilket handlar om att förhindra "ledningsvakuum" vid utskrivning och understödja korrekt remittering mellan eller till olika vårdnivåer eller inrättningar.

2. **Genomförandet av vård och omsorg**, vilket handlar om att främja samarbete och samband i realtid när flera aktörer är eller behöver vara involverade (med eller utan ASiH).

3. **Resursutnyttjandet**, vilket handlar om resursöverblick i syfte att underlätta patientunik resurstillförsel (allokering) enligt LEON-principen, genom understödjande logistik.

Det som framträtt angeläget att inrikta och samordna för säker resurseffektiv vård i nätverk vid NVS-koncept, handlar utifrån ovanstående tre ledningsbehov om att det behöver fattas olika typer av beslut som berör i huvudsak fem tematiska områden:

1. **Aktuell patientinformation**, inför (a) Beslut om och uppföljning av vårdnivå: slutenvård, öppenvård, ASiH eller SÄBO, (b) Beslut om och uppföljning av pågående behandlings- och vårdinriktning: kurativt eller palliativt, (c) Beslut om design av patientunikt nätverk med ledningsmässig tyngdpunkt: patienten eller sjukdomen:

   Fem olika varianter av nätverkssjukvård har framträtt: 1. Egenvård i hemmet (eHälsa), 2. Vård i hemmet: basal eller ASiH (kontorstid) 3. Vård i hemmet: basal eller ASiH (dygnet runt). 4. Vårdinrättning (inneliggande). 5. Vårdinrättning (dagvård eller mottagning).

   Beslut: vårdnivå, behandlings/vårdinriktning, design av patientnätverk, ledningsmässig "tyngdpunkt".

2. **Nätverksmöten för samråd (akuta/planerade)**, inför (a) resursrelaterade beslut (b) patientrelaterade beslut.

   Beslut: resursinformativa behov, vård- och omsorgspedagogiska behov, patientunika behov.

3. **Behovsanpassad utbildning, fortbildning, handledning och uppföljning**, inför beslut om insatser i nya sjukdomar och deras progress, behandling, hjälpmedel, teknik och arbetssätt och metodik rörande detsamma.

Beslut: realtidsbehov och långsiktiga behov (personal, patient och eventuella närstående).

4. **Transporter - insatser och material**, inför beslut om (a) Samordnad leverans av vård- och omsorgsinsatser utförd av personal (b) Leverans eller transport av sjukvårdsprodukt eller hjälpmedel till hemmet.

   Beslut: behovstyp samt frekvens av resor.

5. **Realtidsinformation om vård- och omsorgsaktörernas status**, inför beslut om insatser beroende på (a) Belastningsgrad (beläggning/inskrivna patienter och vårdtyngd) på: ASiH, slutenvård, vårdcentraler, SÄBO och hemtjänst. (b) Tillgängliga typer av resurser (kompetens- och kapacitetsmässig förmåga): ASiH, slutenvård, vårdcentraler samt SÄBO, hemtjänst och personlig assistans. (c) Geografisk närhet til patient och andra eventuella medaktörer.

   Beslut: belastningsgrad, tillgänglig typ av resurs samt geografisk närhet till patient och insatsaktör.

Ledningsfunktionens hypotetiska uppgift i NVS är att strukturera, organisera och dirigera olika delar till en helhet – för varje patients räkning, och så det sker på säkert resurseffektivt sätt. När kraven på lednings- och samverkanssystem formuleras i designlogiska termer av vad artefakten (ledningssystemet) ska uppfylla, så går det i linje med Brehmers (2013) resonemang[223] definiera två delsystem (ett inre och ett yttre) samt gränsytan mellan dessa båda.

Med utgångspunkt från NVS-konceptet och ASiHs effektmål från 2013, så kan de två delsystemen och gränsytan mellan dessa två begripliggöras enligt följande:

Yttre systemet utgörs av insatsmiljön (i vid bemärkelse) för den vård och omsorg som bedrivs, inom NVS och inbegriper presumtiva patienter, närstående och samverkanspartners. Det yttre systemet ska påverkas genom att det *inre systemet* (ledningssystemet för NVS) strukturerar upp nätverkssjukvårdens verksamhet så att önskad effekt uppnås genom välfungerande samverkan.

Inre systemet utgörs av nätverkssjukvårdens hypotetiska ledningssystem som ska åstadkomma önskad påverkan, i form av önskad inriktning och samordning av insatser på ett säkert sätt till varje unik patient på lägsta effektiva omhändertagande nivå (LEON-principen). Det inre systemet måste vara en modell av och även kunna simulera det yttre systemet.

Gränssnittet utgörs av ASiH, som innehar en nyckelroll (funktion) inom ramen för NVS – genom nytt effektmål som handlar om att påverka patientflöden till och från akutsjukhusen. Verksamhetsexemplet ASiH används av det inre systemet för att skapa förändring i det yttre systemet.

Ovanstående resonemang innebär att NVS ledningsfunktion handlar om att föregripa resursslöseri genom att förhindra att riskfyllt ledningsvakuum uppstår:

[Vid inflödet av patienter][224] till akutsjukhusen genom

- ett strukturerat samarbete med primärvården, med annan vård och omsorgsgivare [oavsett huvudman] samt med sjukhusen i syfte att optimera

[223] Brehmer (2013) utgår från Simons (1996) begreppsschema med två system (inre och yttre) samt deras gränsyta, se kapitel 3.5.1.1.
[224] Mitt förtydligande av vad inflödet avser.

omhändertagandet, i öppenvården, av kroniskt sjuka patienter med särskilda eller komplexa behov

[Vid utflödet av patienter][225] från akutsjukhusen genom

- ett strukturerat samarbete med sjukhusen för tidigare utskrivning från vårdavdelning av patienter med komplexa symtom/behov
- ett strukturerat samarbete med specialister för tidigare inskrivning av patienter med kronisk sjukdom
- att etablera kontakt med patienter i tidigt palliativt skede

(Ur: Specificerad uppdragsbeskrivning och uppföljning vårdval, 2013, s.7).

I avhandlingsarbetets första fas 2008 framgick att ASiH främst bör betraktas som en intermediär och multiorganisatorisk vårdform, som utifrån dåvarande kontextuella styrdokument och ramvillkor medförde patientsäkerhetsproblem som kunde betraktas som ledningsproblem. I den första fasen framgick att patientuppdragens karaktärsdrag, inte sällan innefattade dynamiska beslutsuppgifter och potentiellt karaktärsmässigt komplexa operationer (per patient). Ur ett ledningsperspektiv är detta bekymmersamt, eftersom komplexa operationer inom ramen för vårdformen medförde extraordinär och resurskrävande ledningssituation. Av patientsäkerhetsskäl krävde dåvarande omständigheter 2008 att säker vård inom vårdformen med fördel kunde understödjas med ett annat sätt att se på ledning - betraktat som en funktion. Detta genom nya realtidsledningsstöd för detsamma, och genom upprättande av samband mellan involverade vårdaktörer i strävandet mot säker avancerad vård i hemmet i patientunika nätverkskonstellationer för varje enskild patients räkning. I första fasen 2008 framkom också att intermediär multiorganisatorisk vård krävde en kommunikationsintensiv ledningsform som samtidigt konsumerade betydande ledningsresurser, för att såväl kunna initiera, genomföra som upprätthålla säker avancerad vård i hemmet (undvika ledningsvakuum).

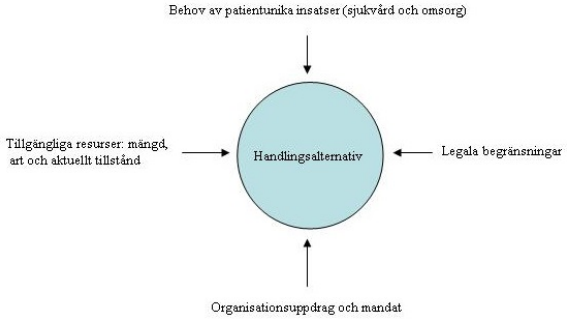
I forskningsstudiens andra fas så framkommer genom nya resultat från en tredje delstudie att vårdgrenen ASiH från 2013 fått ny inriktning med nytt effektmål att arbeta mot, som ska gå i linje med ett nytt oprövat NVS-koncept - vilket medfört en ledningsmässigt genomgripande omställning för ASiH jämfört med 2008. Effektmålet handlar om att ASiH ska underlätta tidig utskrivning från sluten vårdirättning, och förhindra inläggning på sluten inrättning - detta genom välutvecklad samverkan mellan nödvändiga aktörer utifrån varje unik patients behov.

Resonemanget och visionen om smidighet som ska uppnås i landstingets framtida NVS genom nätverkseffekt, liknar Alberts och Hayes (2007) nätverksteknologiska ledningsresonemang där ledningens framtid i komplexa insatsmiljöer är strävan mot *Agility*. Det samlade resutaltet från såväl 2008 som 2013 betyder utifrån Alberts och Hayes (2007) ledningsmodell, att landstinget står inför en rejäl uppförsbacke i strävan mot en Agility-liknande nätverkseffekt. Den ledningsteoretiska förklaringen är att det saknas praktiska förutsättningar, genom att det föreligger otillräcklig mognadsgrad för att NVS ska kunna uppnå nätverkseffekt. Enligt

[225] Mitt förtydligande av vad utflödet avser.

Alberts och Hayes (2007) avgörs mognadsgraden hos ett nätverksledningssystem av tre aspekter; (1) fördelning av beslutsrättigheter till kollektiv, (2) involverade enheters interaktionsmönster samt (3) fördelning av information till involverade enheter, (se figur 6 - 12). Av de fem mognadsnivåer som Alberts och Hayes (2007) exemplifierar, så är den högsta möjliga mognadsnivån (Edge C2). Edge C2 karaktäriseras av ett behovsanpassat och dynamiskt interaktionsmönster, som kan beskrivas som samverkan för självsynkronisering där delad situationsmedvetenhet utgör såväl drivkraften som målet. Landstingets vision om nätverkseffekt, liknar vad Alberts och Hayes (2007) beskriver som den högsta mognadsnivån i ett nätverksledningssystem - Edge C2. Samtidigt som de juridiska regleringar som i dag präglar hälso- och sjukvården och NVS-konceptet måste sägas göra Edge C2 i det närmaste omöjligt att eftersträva, vilket betyder att det ledningssystem som framträder för NVS 2013 karaktäriseras av motsägelsefullhet och inbyggda nätverksledningsproblem. Vad som kan betraktas som ledningsmässigt möjligt för NVS- konceptet med utgångspunkt från Alberts och Hayes (2007) resonemang om mognadsnivåer, är nivå ett, två och möjligtvis tre. Där det sistnämnda (tre) handlar om att sträva utifrån en gemensamt formulerad intention, vilket kräver koordinering och avstämning av vårdplaner. Detta är en praktiskt möjlig ledningsväg att gå för slutenvården och ASiH, när till exempel aktiva behandlingar av sjukdomar pågår vid delat ansvar över de sjuka patienter som är inskrivna vid ASiH.

Insatsledning med uppdragstaktisk ledningsmetodik förutsätter obruten ledningskedja, varför patientuppdragens karaktärsdrag kan betraktas som avgörande för om renodlad insatsledning är praktiskt möjligt inom ramen för NVS. Brehmers (2008c; 2009a; 2009b; 2010a; 2011; 2013) resonemang om ledningskoncept och i synnerhet Harmonisering (Brehmer, 2009b; 2010a; 2011) som självsynkroniserande ledningsmetodik, borde kunna utgöra ett pragmatiskt ledningsalternativ vid omständigheter då obruten ledningskedja omöjliggör renodlad uppdragstaktisk insatsledning vid NVS. Detta innebär en praktisk förhandling på plats mellan aktörer för varje enskild patients räkning, och kan utgöra en möjlig väg att gå - i synnerhet vid komplexa operationer, och för att undvika ett trögt ledningssystem. Detta framstår dock som resurskrävande. Samtidigt som Harmonisering som ledningskoncept i samband med NVS kan möjliggöra handlingsfrihet, genom ledningsaktiviteter som improvisation och självsynkronisering. Beroende på patientuppdragens karaktärsdrag, så är det genom Harmonisering självklart att en viss gemensam lägesbild är nödvändig - men det kan troligen komma avgöras av vilken tyngdpunkt som ledningsmässigt ska råda: patienten (helheten) eller sjukdomen (avgränsad enstaka insats). Vid Harmonisering kan nedanstående modell utgöra utgångspunkt i förhandlingssituation, där ledning av samverkan råder, eftersom ingen kan sättas under någon annans "befäl" vid en komplex operation - som inbegriper dynamiska beslutsuppgifter:



Figur 29 Möjlighetsrum i samverkan för varje patients räkning mellan olika vård- och omsorgsorganisationer (aktörernas handlingsalternativ,) med valbara alternativ och utifrån aktuellt beslut om inriktning per patient-uppdrag. Egen figur, modifierat återgiven med tillstånd av författare (Brehmer, 2013).

10.1.4 Designlogiska ledningsobservationer - utfall

Nätverkssjukvård (NVS) framstår enligt ovanstående diskussion som ett ledningsmässigt resurskrävande sjukvårdkoncept, vilket talar för att ett designmässigt genomtänkt nätverksrelaterat lednings- samverkans- och sambandsstöd krävs för att möjliggöra säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk vård - och omsorg i det framväxande NVS-konceptet.

Utifrån ett ledningsvetenskapligt perspektiv så går det konstatera att välfungerande samverkan och nätverkseffekt i ett NVS-koncept kräver ett nytt sätt att se på ledning, där ledningens explicita syfte behöver understödja inriktning, samordning eller samverkan. Samtidigt som resultaten indikterar betydande lednings- samverkansbehov från 2013. Detta genom (1) praktiskt försvårande omständigheter (figur 26), (2) NVS samverkanskontext (figur 27) och (3) vårdpraktikernas handlingsutrymme i NVS möjlighetsrum (figur 28) - vilket utmynnar i nedanstående ledningsmässiga observationsutfall: .

- NVS framträdande ledningssystem har centraliserade kommandostyrningsliknande inslag, vilket inte understödjer den handlingsfrihet, improvisation och självorganisering som patientuppdrag med dynamiska beslutsuppgifter ledningsmässigt kräver.
- NVS framträdande abstrakta ledningsrum påverkas av en dynamisk, osäker och friktionsfylld lednings kontext, samtidigt som patientuppdragen uppvisar en betydande variabilitiet.
- NVS innefattar potentiella och faktiska komplexa operationer betraktat per patient, vilket kräver tidskrävande kommunikationsinstensiv multiorganisatorisk realtidsledning på olika ledningsnivåer för att möjliggöra resursoptimering och nätverkseffekt.
- NVS framträdande ledningssystem kan inte möta de krav som ledningsfunktionen ställer - relaterat till patientuppdragens karaktärsdrag. Detta eftersom ledningsfunktionen saknar tillräckligt organisatoriskt och sambandsmässigt stöd, som skulle kunna understödja vårdpraktisk strävan mot nätverkseffekt.
- NVS kräver ett annat sätt att se på ledningsfrågor än vad som är juridiskt möjligt idag, varför det bör beredas plats för olika typer av ledningskoncept som möjliggör ledning för välfungerande samverkan i linje med patientuppdragens karaktärsdag och variabilitet.
- NVS framträdande friktiva ledningssystem har otillräcklig mognadsgrad för att uppnå nätverkseffekt.

- NVS framträdande ledningssystem är trögt genom juridiska vårdavtal, eftersom ledningens fokus blir inåtriktat mot ansvarsutkrävande, tillsyn ocn uppföljning av resultat utifrån förutbestämda mätbara mått - ofta för ekonomisk ersättning.

- Ett NVS-koncept kräver en distinktion mellan ledning och ledarskap för att säker vård och ett effektivt resursutnyttjande ska kunna eftersträvas, med stöd av lämplig organisering, ledningsmetodik och sambandsstöd.

- Det krävs en förändrad syn på ledning som juridiskt främjar och möjliggör såväl handlingsfrihet, improvisation som självorganisering i vårdpraktisk frontlinje. Detta för att säker vård ska kunna genomföras och upprätthållas i nätverksform.

- Intermediär multiorganisatorisk vård- och omsorgsproduktion kräver ett kommunikationsintensivt och samarbetsinriktat ledningskoncept avpassat för realtidsledning.

- Uppföljning av verksamhetsresultat, utökad detaljreglering och styrning av vårdpraktikens arbetsvillkor och en stärkt patientställning, förmår inte ledningsmetodmässigt understödja välfungerande multiorganisatorisk samverkan för nätverkseffekt inom ramen för ett NVS-koncept.

- Tilltagande centraliserad "styrning" av hälso- och sjukvårdens verksamheter, i kombination med juridiska regleringar av patienters utökade rättigheter med vårdval begränsar vårdpraktikens ledningsmässiga handlingsutrymme eftersom det utgör ett inbyggt ledningsproblem som medför friktioner. Detta då självsynkroniserande ledningsaktiviteter försvåras.

- Patienters och eventuella närståendes behov av stöd och vård- och omsorgsinsatser, kan inte förutsägas och standardiseras vad avser resursåtgång.

- Förekomst av dynamiska beslutsuppgifter vid patientuppdrag kräver möjlighet till realtidsledning, organisatorisk och teknisk sambandsmöjlighet. Detta för att mål, medel och lämplig resurstillförsel ska kunna säkerställas på rätt vårdnivå.

- Processtänkande riskerar cementera återkommande ledningsfriktioner, eftersom förekomst av dynamiska beslutsuppgifter inom ramen för NVS kan försvåra klargörande av avgränsat tydligt ansvar.

- Det föreligger ett säkerhetsrelaterat behov av ett vårdformsval för patienter, vilket kan förväntas främja ett etiskt riktigt resursutnyttjande av vård och omsorg inom ramen för NVS i linje med LEON-principen.

- Konkurrens mellan aktörer och vårdval för patienter kan förväntas medföra ökat lednings- och samverkansbehov inom ramen för NVS. Detta genom att utökade koordinerings- och logistikbehov uppstår, på grund av svårförutsägbara och varierande insatser i patientunika konstellationer mellan olika aktörer.

- När intermediär och multiorganisatorisk vård bedrivs framstår ett inåtriktat synsätt på ledning som otillräckligt för att optimera resursutnyttjandet i samband med NVS.

- Ett NVS-koncept kan förutsätta tillgång till lämplig typ av vårdplats för att understödja säker, trygg, värdig och resurseffektiv vård.

- Akutvårdsinrättningar riskerar i samband med NVS tilltagande belastning, dels om brist på medicinskt lämpliga vårdplatser för avlastning föreligger och dels om vårdcentraler saknar tillräcklig kompetens.

- Juridiska faktorer skapar ledningsfriktioner genom försvårad informationstillgång.

- Vårdkedjetänkande och visionen om en obruten vårdkedja förutsätter förutsägbart patientvårdflöde, vilket framstår som problematiskt att uppnå vid komplexa operationer med dynamiska beslutsuppgifter.

- Ledningsprocessen kan försvåras om remittering inte görs även till lägsta vårdnivå (primärvården), eftersom ett potentiellt ledningsvakuum och risk för friktion då ofrånkomligt föreligger.

10.2 Slutsats

Svaret på avhandlingens tre forskningsfrågor synligör inte något behov av mera centraliserade styrningsprinciper med utökad detaljreglering för att möjliggöra säker resurseffektiv intermediär multiorganisatorisk vård- och omsorg (IMV), utan snarare lednings- och logistikbehov utifrån ett funktionsinriktat syfte med ledning - och lämplig organisering för detsamma. Detta för att undvika ledningsvakuum, föregripa resursslöseri och främja möjlighet till nätverkseffekt genom välfungerande samverkan och lämpliga ledningskoncept inom ramen för ett framväxande NVS-koncept som inrymmer bredare patientuppdrag med olika karaktärsdrag.

Vad försvårar eller underlättar säker resurseffektiv IMV i samverkande nätverksform?

Det som försvårar är avsaknad av lämplig organisering, ledningsmetodik, teknikstöd som understödjer samband och intermediär multiorganisatorisk samverkan vid delat ansvar. Detta berör betydligt flera patienter, närstående och aktörer jämfört med 2008, vilket kompliceras genom bredare kontrollspann med flera organisatoriska och sociala gränsytor, större variabilitet på patientuppdragens innebörd med svårbedömd resursåtgång från 2013 - rörande typ, mängd och frekvens av insatser.

Det som kan underlätta är ett abstrakt multiorganisatoriskt ledningsrum och smidigt forum för gränsöverskridande multiorganisatoriskt samspel, vilket dock förutsätter organisatoriskt, juridiskt och tekniskt stöd för detsamma. Samtidigt som ett NVS-koncept sannolikt underlättas av dels tillgång till lämplig vårdplats, och dels även kan förutsätta en autonom och beslutskompetent patient, eller en eventuellt förekommande närstående som bistår.

Vilka säkerhetsrelaterade ledningsbehov uppstår?

Intermediära multiorganisatoriska lednings- och samverkansbehov uppstår och tilltar inom ramen för NVS, när mängden geografiskt utspridda patienter och valbara vård- och omsorgsaktörer ökar. För att frigöra resurser genom samverkan och undvika övervältringskostnad (patientöverföring till fel vårdnivå), krävs ledning och logistik av säkerhetsskäl rörande:

- **Patienthanteringen i vårdformsskiften**, vilket handlar om att förhindra "ledningsvakuum" vid utskrivning och understödja korrekt remittering mellan eller till olika vårdnivåer eller inrättningar.
- **Genomförandet av vård och omsorg**, vilket handlar om att främja samarbete och samband i realtid när flera aktörer är eller behöver vara involverade (med eller utan ASiH).
- **Resursutnyttjandet**, vilket handlar om resursöverblick i syfte att underlätta patientunik resurstillförsel (allokering) till vårdnivå enligt LEON-principen, genom understödjande logistik.

Vad kan ledningsvetenskapen betyda för samt tillföra hälso- och sjukvården och omsorgen?

Ett ledningsvetenskapligt synsätt tillhandahåller ett komplementärt och pragmatiskt synsätt på och syfte med ledning betraktat som en funktion för inriktning, samordning eller samverkan. Detta för att patientunika uppdrag med varierande vård- och omsorgsinsatser ska kunna initieras, genomföras och upprätthållas, i välfungerande samverkande nätverk - på ett säkert resurs-

effektivt sätt och med hemmet som en huvudsaklig och snabbt tillgänglig trygg "vårdplats" - inom ramen för ett framväxande NVS-koncept. Ledning kan med fördel inom ramen för NVS - konceptet betraktas som en samverkansfunktion, vars syfte är att välja ledningsmässig tyngdpunkt (sjukdomsinsats eller helhetsansvar) - samt inrikta och (om möjligt) samordna individanpassade vård- och omsorgsaktiviteter i linje med LEON-principen.

Utifrån svaret på ovanstående tre forskningsfrågor, är avhandlingens slutsats utifrån ett ledningsvetenskapligt perspektiv att:

> Nätverkssjukvård (NVS) utgör ett ledningsmässigt resurskrävande sjukvårdskoncept, som kräver att en ny typ av nätverksrelaterat lednings- samverkans- och sambandsstöd kommer på plats i både hälso- och sjukvård och kommunal omsorg. Detta för att säkerställa att etisk, jämlik, säker, trygg och värdig intermediär multiorganisatorisk vård och omsorg kan eftersträvas och uppnås genom välfungerande samverkan mellan valbara aktörer, för optimerat resursutnyttjande genom nätverk – med hemmet som en huvudsaklig vårdplats och där delat ansvar är en given arbetsmodell.

10.3 Alternativa perspektiv

Det samlade kunskapsmaterialet indikerar att det ledningsvetenskapliga perspektivets relevans är mer aktuellt än någonsin för hälso- och sjukvården och omsorgens verksamhet, och inte minst genom en fortsatt inriktning mot nätverkssjukvård även i fler landsting än det som studerats inom ramen för avhandlingsarbetet. Samtidigt är det viktigt att lyfta fram några andra alternativa perspektiv, som framträtt som både betydelsefulla och relevanta att beakta då de kan tolkas som både komplementära och rivaliserande i viss utsträckning. Det beror samtidigt på perspektivval, och vilken forskningsdisciplin man befinner sig inom.

I forskningsstudiens första fas, som återfinns i sin helhet i Lagerstedt (2012), var det främst ett mikro- och välfärdsekonomiskt perspektiv (MVP) som lyftes fram som relevant. MVP handlade om att uppmärksammad patiientsäkerhetsproblematik var synonym med en ledningsproblematik- samtidigt som detta kunde begripliggöras som marknadsmisslyckanden, genom fenomen som patientdumping och gräddskumning med selektiva patienturval som konsekvens. Samtidigt uteslöt detta alternativa perspektiv inte det ledningsvetenskapliga perspektivets relevans, utan betraktades snarare som komplementärt - där MVP snarare kunde förstärka och bidra till att "förklara" ledningsmässiga friktioner som en följd av olämpliga företagsekonomiska ersättningsmetoder i samband med komplexa operationer inom hälso- och sjukvården. MVP är på så sätt fortfarande relevant som komplementärt perspektiv, genom den kvarstående och tilltagande problematik som framkommit i samband med intermediär multiorganisatorisk vård och det framväxande NVS-konceptet.

I forskningsstudiens andra fas är det främst några vårdrelaterade perspektiv och synsätt som framkommit som releventa att omnämna. Ett ledningsvetenskapligt perspektiv på patientsäkerhetsproblematiken bör och kan emellertid även betraktas som samhällsekonomiskt intressant att vidare undersöka. Detta förutsätter emellertid ett annat synsätt på patientsäkerhetsproblematiken, det vill säga som en samhällsekonomiskt angelägen fråga - där hälso- och sjukvård kan (om så önskas) sättas i relation till andra samhällsnyttigheter. Samtidigt är hälso- och

sjukvården en landstings-kommunal angelägenhet, och inte statligt finansierad - varför det i dag inte går sätta hälso- och sjukvård i relation till andra statliga samhällsnyttigheter.

Ett samhällsekonomiskt perspektiv innebär inte att ett ledningsvetenskapligt perspektiv bortfaller som relevant, eftersom det genom forskningsstudiens andra fas framstår som än mer angeläget att frågan om just ledning och ledarskap inte blandas ihop. Detta eftersom det idag inte görs en distinktion mellan verksamhetsledning och ledning vid intermediär multiorganisatorisk samverkan i samband med avgränsade patientinsatser eller mer sammansatta patientuppdrag. Det finns aledning att fråga sig om inte detta brode utredas närmre, inte minst mot bakgrund av samverkansfrågans angelägenhetsgrad - samtidigt som just multiorganisatorisk samverkan visat sig besvärligt inom hälso- och sjukvården och kommunal äldreomsorg.

Utöver "ekonomiska perspektiv" enligt ovan, så vill jag omnämna några "vårdmodeller" - där begrepp och företeelser som till exempel värdebaserad vård, integrerad vård, disease management (aktiv hälsostyrning), case management, personcentrerad vård med mera återkommer - allt i arbetet för att effektivisera hälso- och sjukvården och utveckla vårdpraktikernas arbete i en riktning där patientens sjukvårds- och omsorgsbehov sätts i centrum i vårdpraktiskt arbete (WHO, 2003; Nordenström, 2014; Loyd och Wait, 2005; Ramsey et al, 2009; Beeuwkes Buntin et al, 2009; Dieterich et al, 2010; Edvardsson, 2010). Vårdmodellerna framstår som både intressanta och komplementära perspektiv, samtidigt som de inte kan ersätta ett ledningsvetenskapligt perspektiv eftersom de främst bygger på ett verksamhetsinriktat synsätt på utvecklingen av själva patientvården (vilka ur ett ledningsperspektiv inte tar bort ledningsbehovet) - ofta med fokus på behandlingars effekt och patienters mående. Detta är givetvis oerhört viktigt, men de kan inte ersätta ledningsvetenskaplig teoribildning med fokus på ett annat sätt att se på syftet med ledning och ledningssystem - nämligen inriktning och samordning för resursoptimering av hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

Praktiskt försvårande omständigheter av betydelse för säker intermediär multiorganisatorisk vård, kan med ett ledningsvetenskapligt betraktelsesätt begripliggöras som högst troliga ledningsproblem i såväl forskningsstudiens första som andra fas - varför ledningsvetenskaplig teoribildning utgör en möjlig väg att gå för välfungerande samverkan vid nätverksbaseradee samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsdomänen.

10.4 Metodmässigt genomförande - begränsningar och generaliserbarhet

Avhandlingsarbetets genomförande har genomsyrats av en fallstudiebaserad forskningsansats i linje med Gummessons (2007) definition och motivation av detsamma. Datamaterialet är insamlat under två olika faser, och där den första fasen utgörs av min licentiatavhandling (Lagerstedt, 2012). Precis som konstaterades i den första datainsamlingsfasen (2008), så visade sig en fallstudiebaserad ansats i en andra fas (2012-2013) bli betydligt svårare att praktiskt genomföra än vad jag mötte i den första fasen. Orsaken var den omfattande transformation som verksamhetsexempel ASiH genomgick, samtidigt som betydande kontextuella förändringar skett sedan 2008. Detta har främst medfört begränsningar i den bemärkelsen att det påverkat "vad det går säga något om", och således vad som går undersöka. Till skillnad mot första fasen, så har den andra fasen präglats av hermeneutiska inslag främst med inspiration av Ricoeurs kritiska förhållningssätt. Detta finns redovisat i kapitel 2, forskningsmetodik och

vetenskapligt förhållningssätt. Det betyder givetvis att jag själv genom min personliga bakgrund besitter en betydande förförståelse, vilket kan såväl betraktas som en tillgång som en belastning. Jag menar inte att ett kritiskt och reflexivt förhållningssätt bidragit till någon "vaccination", utan snarare att förförståelse varit avgörande och givit möjlighet till navigation och pragmatiska vägval i ett svårfångat skeende med situationsanpassat tillvägagångssätt:

> Allt för många personer attraheras av fallstudiestrategi för att de tror att det är ”lätt” att göra en fallstudie. […] I själva verket är det på det viset att de krav som en fallstudie ställer på intellektuell kapacitet, jagstyrka och känslor är betydligt större än vad som är aktuellt vid andra forskningsstrategier. Anledning till det är att procedurerna för insamling av data *inte* är rutiniserade (Yin, 2007, s. 81).

Delstudie tre har utgjort en särskild utmaning i den bemärkelsen att det som i den första och andra delstudien utgjorde ett bakgrundmaterial, kom i den tredje delstudien utgöra ett sammansatt datamaterial som fått studerats i olika syften för uppdaterad nulägesbild. Såväl inventerande fältbesök, djupgående intevjuer, dokumentstudier har därför tillsammans utgjort en datafond - där den datamässiga styrkan ligger i att verksamheten är känd och "lättnavigerad" för mig och att fem informanter deltagit såväl 2008 som 2012-2013. Svagheten ligger i den osäkerhet som förelåg, och den föränderlighet som pågick under intervjuerna - varför dessa fick karaktären av såväl kunskapsmässig uppdatering av ASiHs utveckling och roll som verksamhet sedan 2008 - samt att följa ASiHs transformation i omställning mot NVS. Detta har också inneburit att respondentvalidering inte kunnat användas för ökad trovärdighet och bekräftelse, såsom i första fasen.

I linje med Widerbergs (2002) resonemang så menar jag att kvalitativa och kvantitativa forskningsansatser inte är jämförbara vad avser begreppen validitet och reliabilitet, eftersom min avsikt inte varit att i min kvalitativa forskning att kunna byta ut mig som forskare (reliabilitet) - tvärtom. Jag har även sökt explorera utifrån mina tidigare data - mäta något som på förhand pekats ut (validitet) i komparativt syfte. Olika tolkningar finns inom samhällsvetenskaplig forskning rörande begreppen validitet och reliabilitet (Bryman, 2001;Kvale, 1997; Repstad, 2007; Olsson & Sörensen, 2007; Starrin & Svensson, 2006). Reliabilitet och validitet används i bedömning av kvalitet, varför kritiskt förhållningssätt utgör en viktig del i forskningsprocessen (Repstad, 2007, s. 151). Jag har i linje med Widerbergs (2002) resonemang eftersträvat så transparant redogörelse för motiv och tillvägagångssätt, och på så sätt inbjudit läsaren till att pröva och värdera min forskning. Trovärdighet och bekräftelse kan utgöra alternativa begrepp till validitet och reliabilitet, och där trovärdighet och giltighet handlar om att genomförandet och presentationen är trovärdig och att tolkningar tar sitt utgångsläge i annan forskning (Thagaard, 1998). Det ledningsvetenskapliga perspektivet har utgjort denna tolkningsram, för ökad förståelse för och utveckling av ledning och ledningsmodeller i samband med multiorganisatoriska samverkanssituationer.

När det gäller generaliserbarhet utifrån min kvalitativa fallstudiebaserade forskning så hänvisar jag i likhet med forskningsstudeins första fas till Kvales (1997, s. 209-212) beskrivning av Stakes (1994) indelning av olika slags generalisering: naturalistisk, statistisk och analytisk generalisering. Hela avhandlingsarbetet präglas dels av en naturalistisk form som tar sitt utgångsläge i förvärvad erfarenhet genom forskningsprocessen rörande ett förhållande, vilket handlar om en förväntan om ett framtida utfall - snarare än en formell förutsägelse. Dels av en

analytisk form med välövervägd bedömning med utgångspunkt från forskningsresultat, genom en teoretisk påståendelogik med ett ledningsvetenskapligt betraktelsesätt. Statistisk generalisering är inte aktuellt att beröra vidare i sammanhanget. När det gäller generaliserbarheten (naturalistisk och analytisk) bedömer jag att min fallstudiebaserade forskning ger en trolig bild av ett nuläge med praktiska problem av betydelse i en förväntad framtid, rörande ledningsbehov av multiorganisatoriska ledningssituationer och komplexa uppdrag i samband med nätverkssjukvård. Denna bedömning har jag gjort utifrån liknande bevekelsegrunder som i forskningsstudiens första fas där:

- En fortsatt ökad trend med allt mer avancerad sjukvård i hemmet för allt flera patienter, där NVS möjliggör detsamma genom ASiHs nya roll.
- Exemplet ASIH hanterar ännu större mängder patienter från 2013 jämfört med 2008 (med olika slags diagnoser och sjukdomstillstånd), varför det i andra små "konkurrerande" ASIH verksamheter inte går uppmärksamma mönster och tendenser i samma utsträckning
- Den befintliga problematik som redan påvisats efter ÄDEL-reformen rörande såväl samordnings-, samverkans- som samarbetsproblem, fortsätter att även från 2013 likna i många avseenden ledningsbehov och ledningssvårigheter. Samtidigt som nätverkssjukvård nu berör många andra och nya patientgrupper än enbart äldre människor.

En intressant försvårande omständighet i min forskningsprocess under den andra studiefasen har utgjorts av den tilltagande juridiska begränsning av journaltillgången som ägt rum sedan 2008, vilket avser skydda patienter mot obehörig läsning. Min forskningserfarenhet är att denna skärpning kan paradoxalt nog inte bara utmynna i såväl ett ledningsproblem som säkerhetsproblem i vårdpraktiken, utan har samtidigt kommit att utgöra att mätteknisk dilemma. Detta bedömer jag är ett betydande forskningsetiskt problem, eftersom det inte bara praktiskt begränsat min tillgång till journaler, utan även försvårar en undersökning av mer utsatta patientgrupper - vilka inte aktivt kan medverka eller ge sitt "tillstånd". På så sätt kan dessa gruppers talan paradoxalt nog i värsta fall helt utebli genom tilltagande sekretess och utökat fokus på integritetsfrågor.

Jag vill poängtera att jag i min licentiatavhandling formulerade en hypotes, som en del av min dåvarande slutsats. Vad är det för skillnad mellan min studiedesign och en hypotetisk deduktiv design i denna andra studiefas? Jag varken har eller kan pröva någon hypotes, dels eftersom den hypotes som växte fram i forskningens första fas (licentiatavhandlingen) inte går pröva av den enkla anledningen att den inte gäller längre. Nya fakta har tillkommit och välter en sådan undersökning. Samtidigt som jag saknar möjlighet till design och tillgång till lämpliga data för hypotesprövning. Vad jag således vill framhålla är att pröva en hypotes är inte samma sak som att pröva "utfallet" av ett teoretiskt perspektiv i en designlogisk ledningsteoretiskt arbetsgång. Vad jag gjort i mitt avhandlingsarbete är att i linje med Brehmers (2013) resonemang pröva det ledningsvetenskapliga perspektivets potential och relevans för hälso- och sjukvården, genom att i min framställning svara på mina forskningsfrågor med ett designvetenskapligt förhållningssätt och ledningsvetenskapliga teorier:

> Till skillnad från natur- och samhällsvetenskaperna som är inriktade mot att studera det som redan finns siktar en designvetenskap mot det som ännu inte finns. Konkret betyder det att inriktningen är mot att skapa en systematisk bas för att förstå artefak-

ter (Simon, 1996). I ledningsvetenskapens fall handlar det om en bas för att bygga bättre ledningssystem (Brehmer, 2013, s. 11).

10.5 Framtida forskning

Under avhandlingsarbetet har ett flertal angelägna forskningsfrågor framträtt, genom inriktningen mot nätverkssjukvård - eftersom det såväl möjliggör som förutsätter att allt mera avancerad sjukvård produceras för allt flera presumtiva vårdtagare i hemmet och på distans. Det är främst fyra angelägna forskningsområden som utmärker sig genom inriktningen mot NVS; (1) teknik för distansövervakning och monitorering av anglägna medicinska värden hos patienter som erhåller vård i hemmet, (2) lednings- logistik- och sambandsstöd för professionen som är involverad i intermediära multiorganisatoriska patientuppdrag inom ramen för nätverkssjukvårdsliknande koncept, som förutsätter välfungerande samverkan samt (3) moderna ledningvetenskapliga teorier med alternativt sätt att se på ledning och syftet med ledningssystem. Detta är relevant och tillämpbart för att undersöka optimering av resursutnyttjandet i andra "civila" ledningssammanhang (utöver räddningstjänsten och hälso- och sjukvårds- och omsorgsdomänen) - till exempel i verksamheter som bygger på och kan underlättas eller utvecklas av en välfungerande multiorganisatorisk realtidssamverkan; kriminalvården, socialtjänsten, utbildningsväsendet samt järnvägs- och bussbranschen. Ett annat specifikt forskningsbehov berör studier av ambulansverksamheter, med kvalitativa journalgranskningar av inkommande patienters sjukdomstillstånd och vårdbehov på såväl akutsjukhus och primärvård runt om i landet. Detta för att få en närmre bild av möjliga nya ledningsbehov som kan främja inriktningen mot vård i hemmet på resurseffektivt säkert sätt, i bemärkelsen möjliga inriktnings- och samordningsbehov - och huruvida det föreligger otillräckligt ledningsstöd för detsamma.

Sammantaget har främst ett forskningsbehov uppmärksammats rörande ledningsfrågor, eftersom det sannolikt ger viktig information och beslutsunderlag rörande synsätt på teknikens roll och syfte för såväl professionen som patienter i en framtida nätverkssjukvård med hemmet som huvudsaklig vårdplats. Rimligtvis bidrar detta även med kunskap inför investeringsvägval, som kan främja en samhällsekonomiskt kostnadseffektiv och innovativ teknikutveckling. Detta i synnerhet i skattefinansierad verksamhet.

Referenser

Advanced Home Care 2025, *Framtidsspaning i Lund om avancerad sjukvård i hemmet*. Konferens i Stadshallen, Lund, Sverige, 25 april, 2013.
[http://www.lu.se/event/konferens-advanced-home-care-2025] Länk tillgänglig 2016-08-19.

Ahlqvist, L., Brehmer, B. och Buxrud, P. (2001). ”Frictions” in the command and control of UN peace support operations. I *The human in command: Peace support operations.* (Red. Essens, P., Vogelaar, A., Tanercan, E. och Winslow, D.). Amsterdam: Mets och Schild.

Alberts, D.S. och Hayes, R.E. (2003) *Power to the edge. Command Control in the information age.* Washington DC:CCRP. Information age transformation series.
[http://www.dodccrp.org/files/Alberts_Power.pdf]

Alberts, D.S. och Hayes, R.E. (2007) *Planning: Complex endeavours*. Washington DC:CCRP. [http://www.dodccrp.org/] Länk tillgänglig 2012-05-15.

Alberts, D.S. (2007) Agility, focus and convergence: The future of command and control. *International C2 Journal,* 1, sid: 1-30.

Alberts, D.S. (2011) *The Agility Advantage: A survival Guide for Complex Enterprises and Endeavors*.WashingtonDC:CCRP.
[http://dodccrp.org/files/agility_advantage/Agility_Advantage_Book.pdf]
Länk tillgänglig 2013-11-11.

Anell, A. och Mattisson, O. (2009) *Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur AB.

Aniander, M., Blomgren, H., En gwall, M., Gessler, F., Gramenius, J., Karlson, B., Lagergren, F., Storm, P och Westin, P (1998) *Industriell ekonomi – Faktabok*. Lund: Studentlitteratur AB.

Ansell, DA. och Schiff, RL. (1987) Patient dumping. Status, implications, and policy recommendations. *The journal o f the American Medical Association*; 257, pp. 1500-1502.

Arlebrink, J. (2011) *Grundläggande vårdetik - teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

Arvidsson G., Jönsson B., och Werkö L. (1993) *Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi.* Stockholm: SNS Förlag.

Ash, JS, Berg, M. och Coiera, E. (2004) Some Unintended Consequences of Information Technology in Health Care: The Nature of Patient Care Information System-related Errors. *Journal of American Medicin Information Association* 11, sid:104-112.

Baker, GR., Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004) The Canadian Adverse event study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170:1678-86.

Barbosa da Silva, A. och Wahlberg, V. (1994) Vetenskapsteoretisk grund för kvalitativ metod. I Starrin G. och Svensson P-G. (red), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori,* (s. 327-356). Lund: Studentlitteratur AB.

Bell, CM., Schnipper, JL., Auerbach, AD., Kaboli, PJ., Wetterneck, TB., Gonzales, DV., Arora, VM., Zhang, JX. och Meltzer DO. (2009) Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 24(3):381-6.

Beck-Friis, B (2008)*Vård i livets slutskede – från terminalvård till palliativ vård.* Tema: palliativ vård. *Nordisk geriatrik*, nr 6.

Beck-Friis, B. och Strang, P. (1999) *Palliativ medicin*. Lund: Liber.

Becker Jensen, B. (1997) *Indforing i tekstanalyse*. Frederiksberg:Roskilde Universitetsforlag.

Bengtsson, J. (1991*) Den fenomenologiska rörelsen i Sverige. Mottagande och inflytande 1900-1968.* Uddevalla: Daidalos.

Bengtsson, J. (2001) *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi.* Göteborg: Daidalos.

Bernard, A.M., Hayward R.A., Rosevear J., Chun H. och McMahon L.F. (1996) Comparing the hospitalizations of transfer and non-transfer patient in an academic medical center. *Academic discipline*; 17, pp 262-266.

Blesch, G. (2008) Healthcare in the cross hairs. California patient-dumping investigation unwinds into billing probe, fueling enforcers' national fraud-fighting efforts; *Modern healthcare*, Aug 11;38(32):6-7, 16, 1.

Brehmer, B. (1991) ”Dynamiskt och fördelat beslutsfattande” *Ledning och beslutsfattande: Informationsteknologi till samhällets försvar.* Stockholm: Försvarsmedia.

Brehmer, B. och Sundin, C. (2004) *ROLF 2010 Övergripande ledning i kriser och krig*. Elanders Gotab: Stockholm.

Brehmer, B. (2005) *The dynamic OODA loop: Amalgamating Boyd´s OODA loop and the cybernetic approach to command and control.* Föredrag vid 10th ICCRTS, McLean, VA, Juni 13-16, 2005.

Brehmer, B. (2006a) *One Loop to Rule Them All.* Föredrag vid 11th ICCRTS, Cambridge, England, September 25-28, 2006.

Brehmer, B (2006b) Ledning handlar väl om att åstadkomma effekter? *Kungl. Krigsvetenskapsakademiens Handlingar och Tidskrift* (6), 64-70.

Brehmer, B. (2007). Understanding the function of C2 is the key to progress. *Int.Command and Control Journal*, *1*(1), 211-232.

Brehmer, B (2008a) *Från funktioner till konkret ledningssystem för komplexa operationer.* LUCRAM,.Lunds universitets centrum för riskhantering. Rapport 1017.

Brehmer, B. (2008b) *Command and control research is a science of the artificial.* Föredrag vid 13th ICCRTS, Bellevue, WA., Juni 17-19, 2008.

Brehmer, B. (2008c) Vad är ledningsvetenskap? *Kungl. Krigsvetenskapsakademiens Handlingar och Tidskrift* (1), 43-72.

Brehmer, B. (2009a) Ledningsvetenskapliga perspektiv. I Persson, M. (red), *Aspekter på Ledning*, (s. 29-66). Försvarsmakten: Alfaprint Stockholm.

Brehmer, B. (2009b) *Command without commanders.* Föredrag vid 14th ICCRTS, Washington, DC, juni 15-17, 2009.

Brehmer, B. (2009c) *From function to form in the design of C2 systems*. Föredrag vid 14th ICCRTS, Washington, DC, juni 15-17, 2009.

Brehmer, B. (2009d) Beslutsfattande. I Persson, M (red), *Aspekter på Ledning*, (s. 213-238). Försvarsmakten: Alfaprint Stockholm.

Brehmer, B. (2010a) Harmony of Efforts: A C2 concept for complex Endeavours, *Kungl. Krigsvetenskapsakademiens Handlingar och Tidskrift* (2), 109-113.

Brehmer, B. (2010b) *Command and control as design.* Föredrag vid 15th ICCRTS, Santa Monica, CA, juni 22-24, 2010.

Brehmer, B. (2011) *Harmony Rather than Unity.* Föredrag vid 16th ICCRTS, Québec City, Kanada, juni 21-23, 2011.

Brehmer, B. (2013) *Insatsledning Ledningsvetenskap hjälper dig peka åt rätt håll.* Erlanders; Vällingby.

Brennan, TA., Leape. LL., Laird, NM., Herbert, I., Localio, AR., Laxthers, AG. *et al.* (1991) Incident of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harward Medical Practice Study I. I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.

Bryman, A. (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Trelleborg:Liber AB.

Beeuwkes Buntin, M., Jaina, Arvind K., Mattke, S., Lurie, N. (2009) Who Gets Disease Management? *Journal of General Internal Medicine.* Vol. 24, Nr. 5, sid. 649-655.

Builder, CH., Bankes, SC. och Nordin, R. (2001) *Command concepts A theory derived from the practice of command and control.* Santa Monica: RAND.

Bäcklund, M., Cannerfeldt, I-B. och Sandlund, F. (2013) "Slutenvård i hemmet" – ASIH Långbro Park, nu och i framtiden. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 34-44.

Börnfelt, P-O (2009) *Arbetsorganisation i praktiken En kritisk introduktion till arbetsorganisationsteori.* Stockholm: SNS Förlag.

Callahan, D. (2008) Europe and the united states: contrast and convergence. *Journal of Medicine and Philosophy;* 33, 280-293.

Cedergren, A. och Mattsson, P.A. (2003) *Uppdragstaktik En ledningsfilosofi i förändring*. Vällingby: Erlanders Gotab AB.

Cook, R., Render, M. och Woods, DD. (2000) Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal*;320:791-794.

Culyer, AJ., Evans, RG., Graf von der Schulenburg, JM., Van der Ven, WPMM. och Weisbrod, BA.(1992) *Svensk sjukvård – bäst världen?* Stockholm: SNS Förlag.

Dagens Medicin (2014), *NPÖ läggs ned – ersätts med nytt system.* [http://www.dagensmedicin.se/nyheter/npo-laggs-ned/] Länk tillgänglig: 2014-09-08.

Dahlberg, K., Drew, N., och Nyström, M. (2001) *Reflective lifeworld research.* Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, R. och Esben Kjær. (2005) *Det avgörande ögonblicket.* Stockholm: Dialogos Förlag.

Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R., Ali, W., Scott, A. och Schung, S. (2002) Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *NZ Med J* 2002; 115:U271.

Dervin, B. (1998) Sense-making theory and practice: an overview of user interests in knowledge seeking and use. *Journal of Knowledge Management*, Vol. 2 Nr, 2, sid.36 – 46.

Det öppna skåne 2013 (2015) *Utveckla framtidens hälso- och sjukvård.* [http://skane2030.se/det-oppna-skane/skane-ska-utveckla-morgondagens-valfardstjanster/utveckla-framtidens-halso-och-sjukvard-samt-omsorg/] Länk tillgänglig: 2015-04-19.

Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nr, 10.

Edvardsson,D. (2010) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund, Studentlitteratur.

Egard, H (2011) *Personlig assistans i praktiken Beredskap, initiativ och vänskaplighet.* Diss. Socialhögskolan, Lunds universitet, Sverige 2011. Lund: Media- Tryck.

Endsley, MR.(1995) Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human factors*;37 (1), 32-64.

Eneroth, B (1992) *Hur mäter man "vackert"? Grundbok i kvalitativ metod*. Göteborg: Natur och Kultur.

Emerson, RM., Fretz RI. och Shaw LL.(1995) *Writing ethnographic fieldnotes.* London: The university of Chicago press, Ltd.

Essens, P., Vogelaar, A., Tanercan, E. och Winslow, D. (2001) *The Human in command: Peace Support Operations.* Amsterdam: Mets och Shildt.

Evans, RG., Cardiff, K.och Sheps, S. (2006) High Reliability versus High Autonomy: Dryden, Murphy and Patient Safety. *Healthcare Policy*; vol. 1, Nr 4.

Felsager Jakobsen, ML. (2010) The effects of new public management: Activity-based reimbursement and efficiency in the scandinavian hospital sector. *Scandinavian Political studies*; Vol. 33, No. 2: 113-132.

Försvarshögskolan (2009) [http://www.fhs.se/sv/Forskning/Forsknings-MVI/ Ledningsvetenskap/] Länk tillgänglig 2009-12-04.

Försvarshögskolan (2011) [http://www.fhs.se/sv/utbildning/kurser/ledningsvetenskap/om-amnet-ledningsvetenskap/] Länk tillgänglig 2011-02-08.

Försvarshögskolan (2013a) [http://www.fhs.se/forskning/forskningsomraden/ledningsvetenskap/] Länk tillgänglig 2013-10-16.

Försvarshögskolan (2013b) [http://www.fhs.se/sv/nyheter/2013/29-miljoner-kronor-till-forskning-om-ledning-och sam-verkan-vid-kriser/] Länk tillgänglig 2013-10-22.

Försvarsmakten (2001) *Försvarsmaktens Grundsyn Ledning.* Stockholm: MSK.

Försvarsmakten, HKV (2002) *Militärstrategisk doktrin*. Stockholm: Försvarsmakten.

Gelin, A. och Holm, A. (2002) *Fri, frisk och framgångsrik?* Stockholm: Prevent.

Giorgi A. (1997) Theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*; 28 (2), 235-260.

Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001) Managing the Care of Health and the Cure od disease-Part 1: Differentiation. *Health Care Management Review/*Winter 2001 s. 56-59.

Gummesson, E. (2007) Fallstudiebaserad forskning. I *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskapen*, (s. 115-144). Malmö: Studentlitteratur.

Gustavsson, B. (2000) *Kunskapsfilosofi Tre kunskapsformer i historisk belysning.* Smedjebacken: Wahlström och Widstrand.

Hood, C. (1995) ”The ”New public management” in the 1980s: Variations on a Themé, *Accounting, organizations and society*, 20, 2, (3), 93-109.

Hollnagel, E. (2004) *Barriers and accident prevention.* Aldershot, UK: ASIHgate.

Hollnagel, E. (2007). Att känna sig säker eller vara säker - olycksanalysens dilemma. I Ödegård, S. (red). *I Rättvisans namn Ansvar, skuld och säkerhet i vården,* s.161-171.

Hollnagel, E. (2009) *Etto Principle: Efficiency-Thoroughness Trade-Off Why Things That Go Right Sometimes go Wrong.* Aldershot: ASIHgate publishing group.

Hsiu-Fang, H., Shannon, S.E. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research*, vol. 15 Nr. 9, 9, November, 1277-1288.

Husserl, E. (1970) *Experience and judgement*. Evanston: North Western University Press.

Husserl, E. (1995) *Fenomenologins idé*. Uddevalla: Daidalos.

Jacobs, A. (1998) 'Seeing Difference: Market health reform in europe', *Journal of health politics, policy and law*, 23, (1), 1-33.

Jacobsen, JK. (1993) *Intervju Konsten att lyssna och fråga.* Lund: Studentlitteratur.

Jensen, E., Tehler, H. och Brehmer, B. (2011) *Indikatorer på lednings- och samverkans-förmåga. En förstudie på uppdrag av MSB*. [https://www.msb.se/Upload/Insats_och_beredskap/Ledning_och_samordning/Slutrapport%20F%C3%B6rstudie%20Indikatorer%20lednings%20och%20samverkansf%C3%B6rm%C3%A5ga.pdf] Länk tillgänglig: 2013-10-29.

Johansson, O. (2011) *Lika med olika? - redovisning av effektivitet inom statliga myndigheter.* Förvaltningshögskolans rapporter nummer 121. Göteborg: Geson Hylte tryck.

Klein, G. Klein, G., Moon, B. och Hoffman, R.F. (2006). Making sense of sensemaking I: alternative perspectives. *IEEE Intelligent Systems*, 21(4), 70–73. [http://www.eee.bham.ac.uk/baberc/lecture_notes/sensemaking.pdf] Länk tillgänglig: 2013-11-13.

Kohn, TL., Corrigan, JM. och Donaldsson MS. (1999). *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: National Academy press.

Kristensson Uggla B. (1994) *Kommunikation på bristningsgränsen. En studie i Paul Ricoeurs projekt.* Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion AB.

Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem, *Svensk författningssamling* 2008:962. [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2008962-om-valfrihetssy_sfs-2008-962/] Länk tillgänglig: 2013-08-15.

Lagerstedt, M. (2012) *Ledning av komplexa operationer i en komplex vårdform – om ledning, ledningsbehov och möjligheter till ledning för säkrare vård i hemmet.* Licentiatavhandling, KTH - Kungliga tekniska högskolan. Skolan för teknik och hälsa. Stockholm: Universitetsservice US-AB.

Lagerstedt, M. *Complex endeavours in connection with advanced home care (ASIH) – new challenges for implementation of a cost- efficient, patient safe, dignified and "Good care"?*

Föredrag vid Nordic Conference on implementation of Evidence-Based Practice, Linköping, Februari 5-6, 2013.

Landstingskontoret Västerbottens läns landsting (2002) *Så arbetar vi med prioriteringar Riktlinjer för hälso- och sjukvården.* [http://www.imh.liu.se/halso-och sjukvardsanalys/ prioriteringscentrum/publikationer/officiella-dokument/1.199852/VLLPrioriteringsdokument.pdf] Länk tillgänglig: 2013-11-27.

Larsson, G. (2005) *9 noter om NBF*. Stockholm: Institutionen för ledarskap och management, Försvarshögskolan.

Larsson, G. (2006) ”Först till tillit vinner”, *Framsyn*, Nr 6. [http://www.foi.se/FOI/templates/Page____1386.aspx#] Länk tillgänglig: 2012-02-07.

Lang, A., Edwards, N., Hoffman, C., Shaimian, J., Kathleen, B. och Rowe, M. (2006) Broadening the patient safety agenda to include home care services. *Healthcare Quarterly;* vol. 9, special issue.

Lang, A., Edwards, N. och Fleiszer, A. (2007) Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International journal for quality in health care*; vol. 20, No. 2, pp.130-135.

Lau, TD., Glasser Scandrett, K., Jarzebowski, BS., Holman, K. och Emanuel, L.(2007), Health-related safety: A framework to address barriers to aging in place. *The gerontologist.*vol 47, No 6, 830-837.

Leedom, D.K. (2001) *Sensemaking Symposium Final Report*. [http://www.dodccrp.org/files/sensemaking_final_report.pdf] Länk tillgänglig: 2013-11-13.

Levay, C. och Waks C. (2006) *Strävan efter transparens.* Stockholm: SNS Förlag.

LIF (De forskande läkemedelsföretagen) *Definition av begreppet Avancerad vård i hemmet* (2010) Länk tillgänglig 2011-08-23: [http://www.hso.se/PageFiles/13464/LIF%20-%20Definition%20av%20begreppet%20Avancerad%20v%C3%A5rd%20i%20Hemmet.pdf]
Leape, LL. (1994) Error in medicin. *Journal of the American medical association*, 272 (23), 1851-1857.

Lin, H-C., Kao, S., Tang, C-H., Yang, M-C. och Lee H-S (2006) Factors contributing to patient dumping in Taiwan. *Health Policy*; vol 77, Issue 1, 103-112.

Lind, T., Nygren, E. och Sandblad, B. (1991) *Kognitiva arbetsmiljöproblem och gränssnittdesign.* CMD-rapport nr 20. [http://www.it..uu.se/research/hci/publications/papers/20/] Åtkomst 2009-05-15.

Lindgren, G. (2009) ”Fenomenologi i praktiken”. I Starrin B., Svensson P-G (2006) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Linell, P. (1994) Transkription av tal och samtal: teori och praktik. Arbetsrapport 1994:9 från Tema kommunikation, Linköpings universitet.

Lloyd J och Wait S (2005) *Integrated care: a guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.

Lynöe, N., Engström, I. och Löfmark, R. (2009) Från paternalism till patientautonomi. *Läkartidningen*; vol. 106, nr. 52, s. 3500-3502.

Malterud, K. (1998) *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning.* Lund: Studentlitteratur.

Marks, L. (1991) *Home and Hospital Care: Redrawing the Boundaries*. London: King's Fund Institute.

Masotti, P., Green, M. och McColl, MA. (2009) Adverse event in community care: implications for practice, policy and research. *Healthcare Quarterly*; vol. 12, no.1, p. 69-76.

McGraw, C., Drennan, V. och Humphrey, C. (2008) Understanding risk and safety in home health care: the limits of generic framework. *Quality in primary care.*, 16:239-48.

Mackintosh N., Berridge E-J. och Freeth D (2009) Supporting structures for team situation awareness and decision making: insight from four delivery suites. *Journal of evaluation in clinical practice*; 15, 46-54.

Meier, KJ. och Bothe, J (2000) Ode to Luther Gulick. I: *Administration and Society*, 32 (2) s. 115-138.

Meyerson, D., Weick, K. E., och Kramer, R. M, (1996) "Swift trust and temporary groups". In R. M. Kramer och T. R. Tyler (Red.), *Trust in organizations: Frontiers of theory and research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Mc Gregor, D. (1960) *The Human Side of Enterprice.* New York: McGraw-Hill.

Ministry of health and consumer affairs. Technical secretary. Publications center. Paseo del Prado, 18-28014 Madrid. National study on hospitalisation-related adverse events. Report. (2006) *Official Publication Identification* No. (NIPO) 351-06-009-2.

Mistiaen, P., Francke AL. och Poot, E. (2007) Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health services research.* Apr 4;7:47.

Mistiaen, P. och Poot, E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004510. DOI: 10.1002/14651858.CD004510.pub3.

Molander, B. (1996) *Kunskap i handling*. Uddevalla: Bokförlaget Daidalos AB.

MSB (2014) *Forskning pågår för att säkrare samhälle MSB-finansierad forskning*. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Länk tillgänglig: 2015-05-21.

NATO SAS-065 Research Task Group (2010) *NATO NEC C2 Maturity Model.* Washington DC: CCRP. [http://www.dodccrp.org/files/N2C2M2_web_optimized.pdf]

Länk tillgänglig: 2013-10-29.

Nordenström J. *Värdebaserad vård – är vi så bra vi kan bli?* Stockholm: Karolinska institutet University Press; 2014.

Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (1996). [http://www.hfsnatverket.se/]
Länk tillgänglig: 2014-09-17.

Olsson, H. och Sörensen, S. (2007) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv.* Stockholm: Liber.

Palliativguiden (2008; 2010) Nationella rådet för Palliativ Vård.
[http://www.nrpv.se/pages/555.asp?menuID=232ochmenuColor=%2399FF33]
Länk tillgänglig: 2012-04-17.

Patel, R. och Tebelius, U. (Red.) (1987). *Grundbok i forskningsmetodik.* Lund: Studentlitteratur.

Perrow, C. (1984) *Normal accidents: Living with high-risk technologies.* New York, NJ: Basic Books, Inc., Publishers.

Peterson, M. (2009) *An introduction to Decision Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pigeau, R. och McCann, C. (1995) Putting ´command´ back into command and control: The human perspective. I *Proceedings of Command and Control Conference 25 september 1995.* Ottawa: Canadian Defence Preparedness Associates.

Ramsden P. (1995; 2003) *Learning to teach in higher education*, London: Routledge.

Ramsay A, Fulop N and Edwards N (2009) The evidence base for vertical integration in health care. In: *Journal of Integrated Care*, vol 17,no.2, pp3-12.

Randall, G.E. och A.P. Williams. A.P. (2006) *Exploring Limits to Market-Based Reform: Managed Competition and Rehabilitation Home Care Services in Ontario*: *Social Science and Medicine* 62: 1594-1604.

Rasmussen J. (1997) Riskmanagement in a dynamic society: a modeling problem. *Safety science Ltd*; vol. 27, No.2/3, pp. 183-213.

Reason JT. (1995) Understanding adverse events: human factors. In: *Clinical risk management* (C.A. Vincent, ed.), pp-. 31-54. London: BMJ Publications.

Reddy M. och Bradner E. (2005) Multiple perspectives: Evaluating healthcare informatics systems in collaborative environments. I Anderson JG. och Aydin CE. (red) *Evaluating the organizational impact of healthcare information systems.* (S. 56- 74.) New York: Springer Science Business Media Inc.

Region Halland (2013) *Riktlinjer för Region Hallands uppföljning 2013.*
[http://www.regionhalland.se/politiskahandlingar/2013/defa965542c74599b774760afa8d01a8

/%C3%84rende%204.4%20%20Riktlinjerf%C3%B6rRegionHallandsuppf%C3%B6ljning2013.pdf] Länk tillgänglig: 2013-11-27.

Det öppna Skåne 2013 (2014) *Skåne ska utveckla morgondagens välfärdstjänster* [http://www.skane2030.se/sv/skane-ska-utveckla-morgondagens-valfardstjanster] Länk tillgänglig: 2014-05-21.

Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland (2012) *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. [http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP_Palliativv%C3A5rd 2012_kortversion.pdf] Länk tillgänglig: 2013-12-02.

Reiman T., Oedewald P. och Pietikäinen E (2008) Patient safety culture – a multilevel construct. In proceedings of the international conference on healthcare systems ergonomics and patient safety (HEPS). Strasbourg, France. 25-27 juni 2008.

Repstad, P (2007) *Närhet och distans.* Pozkal: Studentlitteratur.

Roback, K. och Herzog, A. (2003) Home informatics in healthcare: Assessment guidelines to keep up quality of care and avoid adverse effects. *Technology and health Care;* 11, 195-206.

Rice, MF. och Jones, W. (1991) The uninsured and patient dumping: recent policy responses in indigent care*; Journal of the National Medical Association*, October; 83(10): 874–880.

Ricoeur P. (1993) *Från text till handling. En antologi om hermeneutik* (4:e uppl.). Brutus Östling (red.). Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag Symposium AB.

Roth, AM., Multer, J. och Raslear T (2006) Shared situation awareness as a contributor to high reliability performance in railroad operations. *Organization studies*; 27(7): 967-987.

SBU (1999) *Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering Effekter och kostnader.* Rapport nr 146. Stockholm: SB Offset AB.

SBU (2010) Inte bara räkna, utan också förstå, *Medicinsk vetenskap och praxis*, nr 2: s. 1-3. [http://www.sbu.se/weblisher/1002/?page=1ochmode=50ochnoConflict=1] Länk tillgänglig: 2010-09-08

SCB (2012) Ensamstående utan barn är Sveriges vanligaste hushåll, *Befolkningsstatistik 2012 - Hushållsstatistik.* [http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Behallare-forPress/367855/] Länk tillgänglig: 2015-02-23.

Schiöler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, *et al.* (2001) Forekomsten af utilsigtede hendelser på sygehus. En retrospektiv gennamgang af journaler. *Ugeskr Laeger* 2001; 163:5370-8.

Schlesinger,M., Dorwart, R., Hoover C. och Epstein S. (1997) The determinants of dumping: a national study of economically motivated transfers involving mental health care. *Health services research*; Dec;32(5):561-90.

Sears, NA. (2008) *Harm from home care: A Patient safety study examining adverse events in home care*. Diss. The University of Toronto. Canada 1 aug 2008.

Seddon, J. (2011) *Bort från styrning och kontroll.* Lund: Studentlitteratur AB.

SFS (Svensk författningssamling) Patientsäkerhetsförordning (2010:13699.

Shepperd, S., Doll, H., Angus, RM,, Clarke, MJ., Iliffe, S., Kalra, L,, Ricauda, NA. och Wilson, AD.(2008) Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.

Shepperd, S, och Iliffe, S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD000356.DOI:10.1002/14651858.CD000356.pub2.

Simon, H.A. (1996) The *Sciences of the Artificial* (Third Edition), Cambridge: The MITPress.

Smedberg, M. (2001) *Militär ledning Från Napoleonkrigen till Bosnienkrisen.* Lund: Historiska Media.

Socialdepartementet, Regeringskansliet (2002) *Vård i tiden: strategier och åtgärder för att bredda användningen av telemedicin och distansöverbryggande vård.* Stockholm: XBS Grafisk service.

Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen (2008) *Nationell IT-strategi-tillgänglig och säker information inom vård och omsorg: Lägesrapport 2008.* Stockholm: Brommatryck och Brolins AB.

Socialdepartementet (2010) *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.* Västerås: Edita.

Socialstyrelsen (1996) *Ädelreformen Slutrapport.* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2. Stockholm:Norstedts tryckeri.

Socialstyrelsen (2006) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.* (Artikelnummer 2006-101-2).

Socialstyrelsen (2008a) *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Tillsynsåterföring. (Artikelnummer 2008-109-16).

Socialstyrelsen (2008b) *Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården I Sverige och förslag på indikatorer*. (Artikelnummer 2008-126-59).

Socialstyrelsen (2009) *Vård och omsorg om äldre. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning Individ och familjeomsorg.* Lägesrapport 2008. (Artikelnummer 2009-126-44).

Socialstyrelsen (2010) *Tillgång på vårdplatser.* (Artikelnummer 2010-5-24).

Socialstyrelsen (2013) *Barn med uppgivenhetssyndrom En vägledning för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.* (Artikelnummer 2013-4-5).

Socialstyrelsens tembank (2011) [http://app.socialstyrelsen.se/termbank/]
Länk tillgänglig 2013-08-20.

SOSFS 2001:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2004:11 (M) Ansvar för remisser oför patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

SOSFS 2005:12 (M) Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

SOSFS 2005:27 (M och S) Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

SOSFS 2006:11 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

SOSFS 2008:14 Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).

SOSFS 2009:6 Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

SOU 2001: 6 *Döden angår oss alla – Värdig vård i livets slut.* Stockholm: Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slutskede.

SOU 2011:55 *Kommunaliserad hemsjukvård*. Stockholm: Betänkande från En nationell samordnare för hemsjukvården. [http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/171133]
Länk tillgänglig: 2013-08-15.

Spradley, JP. (1979) *The ethnographic interview.* Holt, Rinehart and Winston.

Starrin B., och Svensson P-G (2006) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stake, R.E. (1995) *The art of case stady research.* Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Stake, R.E. (1994). Case studies. (Red) Denzin, I.N.K. och Lincoln, Y.S. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Stevenson L., Mc Rae, C., och Mughal W. (2008) Moving to a culture of safety in community home health care. *J Health Serv Res Policy*; 13, 20-24.

Strang, P (2008) Handbook of qualitative research. Red. Utvecklingen inom den svenska palliativa vården. Tema:palliativ vård. *Nordisk geriatrik*, nr 6.

Svenska Akademien (2013) [www.svenskaakademien.se] Länk tillgänglig: 2013-10-22.

Svenska kommunförbundet (2002) *Kommunen kommer hem Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna.* Stockholm: Ordförrådet AB.

Svensson, L., Brulin, G. Ellström, P-E. och Widegren, Ö. (2002) *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik.* Stockholm: Erlanders Gotab.

Sveriges Riksdag (2011) Motion 2011/12:So386. Vårdlotsar och kvalitetssrapportörer i alla landsting.

Tjänsteutlåtande från (2009) *Regelverk för remissens väg genom vården*, (I författarens ägo).

Tonsberg, K (2009) "Etiske dilemmaer ved forskning på sine egne kolleger" Red.Garmann Johnsen, HC., Halvorsen, A. och Repstad P. *Å forske blant sine egne*. Oslo: Höyskoleforlaget Norwegian Academic press.

Ternestedt, B.M. (2012) *De 6 S:n – en modell för personcentrerad palliativ vård.* Lund: Studentlitteratur.

Uhr, C (2011) "Samverkansbegreppet" Red. Nils-Olov Nilsson. *Samverkan - för säkerhets skull!* Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

Van Creveld, M. (2003) *Ledning i krig.* Vällingby: Elanders Gotab AB.

Van Creveld, M. (1985) *Command in war.* London: Harward University Press.

Vetenskapsrådet (1990) *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning.* Tryck: Elanders Gotab.

Vicente, K.J. (1999*) Cognitive Work analysis Toward Safe, Productive, and Healthy Computer-Based Work.* Mahwah, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

Vårdgivarguiden (2014). Vårdgivare samverkar i nätverk [http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Framtidsplanen/Nya-samarbetssatt/Omraden/Nya-arbetssatt/Vartnatverk-kring-patienten/] Länk tillgänglig: 2014-05-15

Vårdanalys 2012:5 Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring [http://www.vardanalys.se/PageFiles/226/2012-5-Patientcentrering-web.pdf] Länk tillgänglig: 2015-03-08.

WHO - World health organization (2008). World alliance of patient safety. Summery of the evidence on patient safety: implications for research. The research priority setting working group of the world alliance for patient safety. Geneva: WHO Press.

Weick, K.E. (1995) *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Wennberg, B-Å och Hane, M. (2008) *Metodologisk plattform för vår användning av fokusgrupper och fokusberättelser.* Göteborg: MediaGraphic AB.

Westlander, G. (2008) Forskarroller. I Westlander, G. (red), *Forskarroller i interaktivt utvecklingsarbete Om samverkansprocesser för ergonomiska förbättringar,* (sid. 4-5). Linköping: LiU-Tryck.

Westlund, I. (2009) Hermeneutik. I Fejes, A. och Thornberg, R. (red), *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB.

Widerberg K. (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken.* Lund: Studentlitteratur.

Wiig S. och Aase K. (2007) Fallible humans in infallible systems? Learning from errors in health care. *Safety science monitor*; vol 11, Issue 3, Article 6.

Wigblad, R. och Jonsson, S. (2008) "Praktikerdriven teori" – mot en ny interaktiv forskningsstrategi, I Johannisson, B., Gunnarsson, E., Stjernberg, T. (red), *Gemensamt kunskapande – den interaktiva forskningens praktik,* (s. 311-332). Växjö:Växjö University Press.

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. (1995) The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.

Ödegård, S. (2003). Patientens säkerhet i hemsjukvården Personalens uppfattningar av potentiella risker. Stockholm: Alfa Print. (Rapport/Landstingförbundet 1:1).

Ödegård S. (2006) *Säker vård patientskador, rapportering och prevention*. Diss. NHV-Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Sverige 2006. Västra Frölunda: Intellecta DocuSys AB.

Ödegård S. (2007a) Arbetsmaterial. Riskinventering av läkemedelsrelaterade händelser, (material i författarens ägo).

Ödegård S. (red) (2007b) *I rättvisans namn Ansvar, skuld och säkerhet i vården*. Stockholm: Liber AB.