

## ”ÄR SOCIALARBETAREN I EN JÄMLIK DIALOG MED DE MEDIKALA EXPERTERNA?”

- En fallstudie av socialarbetarens skiftande roller på ett stadssjukhus och som medlem av en multiprofessionell samarbetsgrupp.

Camilla Sandstedt  
Jyväskylä Universitet  
Karleby universitetscenter Chydenius  
Magisterstudier i socialt arbete  
Pro gradu-avhandling  
Hösten 2008

## ABSTRAKT

”ÄR SOCIALARBETAREN I EN JÄMLIK DIALOG MED DE MEDIKALA EXPERTERNA?” En fallstudie av socialarbetarens skiftande roller på ett stadssjukhus och som medlem av en multiprofessionell samarbetsgrupp.

Camilla Sandstedt  
Socialt arbete  
Pro gradu-avhandling  
Jyväskylä universitet  
Karleby universitetscenter Chydenius  
Handledare: Sirkka Alho-Konu  
Hösten 2008  
105 sidor + 1 bilaga

Avhandlingen är fokuserad till socialarbetets roll inom en hälso- och sjukvårdsmiljö. Tidigare forskning påvisar att socialarbetet kan vara diffust och bristfälligt på många sjukhus. Socialarbetets uppgift är framförallt att framhålla betydelsen av den sociala dimensionen vid en helhetsmässig bedömning av patientfall. Socialarbetaren är ofta ensam företrädare av ett socialvetenskapligt angreppssätt. Det ställer stora krav på att man skall kunna utkristallisera sitt eget specialkunnande och framhäva detta i det dagliga arbetet. Socialarbetarens roll varierar mycket inom olika multiprofessionella samarbetsgrupper. Socialarbetaren kan utgöra en permanent medlem eller inneha en konsultroll som är delaktig endast i vissa arbetsmoment. Det multiprofessionella arbetsättet betonas allmänt inom organisationer men studier visar att det finns stora skillnader i hur grupperna fungerar i praktiken utgående från dess målsättning.

Syftet med denna avhandling var att granska socialarbetets roll på ett stadssjukhus och inom en multiprofessionell kontext. Den empiriska undersökningen hade en kvalitativ ansats och bestod av en fallstudie i två delar. Först utfördes fyra temaintervjuer med en socialarbetare, läkare, SAS-sjuksköterska och gruppssjuksköterska. Sedan deltog jag i tre möten som hölls av en multiprofessionell grupp där de ovannämnda ingår.

Resultaten visade att socialarbetaren har en stark ställning på sjukhuset. Inom den multiprofessionella gruppen kunde man urskilja fyra centrala roller för socialarbetaren: föra fram patientens hemmasituation och sociala förhållanden, inneha en expertroll, bedöma patienternas hjälpbehov samt utgöra en länk mellan sjukhuset och patienten eller anhöriga. Denna fallstudie påvisade att socialarbetaren har goda möjligheter att inneha en klar roll och funktion på en mindre enhet, där man arbetar i nära samarbete med de övriga yrkesgrupperna. En viktig slutsats är också att socialarbetaren var på detta sjukhus oftast inblandad i hela arbetsprocesser från att patienterna kommer in och hemförlovas.

**Nyckelord:** socialt arbete inom sjukvården, roller, expertis, medikal och social synvinkel, multiprofessionellt samarbete, dialog

## TIIVISTELMÄ

”ONKO SOSIAALITYÖNTEKIJÄ DIALOGISSA TASAVERTAINEN MEDIKAALISTEN ASiantuntijoiden kanssa?”. Tapaustutkimus sosiaalityöntekijän vaihtelevista rooleista eräässä kaupunginsairaalassa ja moniammatillisen yhteistyöryhmän jäsenenä.

Camilla Sandstedt  
Sosiaalityö  
Pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Kokkolan yliopistokeskus Chydenius  
Ohjaaja: Sirkka Alho-Konu  
Syksy 2008  
105 sivua ja 1 liite

Tutkielma on kohdistettu sosiaalityön roolin selvittämiseen terveyden- ja sairaanhoitoympäristössä. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että sosiaalityö voi olla epämääräistä ja puutteellista monessa sairaalassa. Sosiaalityön tehtävä on ensinnäkin korostaa sosiaalisen ulottuvuuden merkitystä kun tehdään kokonaisvaltainen arviointi potilaan tapauksesta. Sosiaalityöntekijä on usein ainut edustaja sosiaalitieteellisestä lähestymistavasta. Tämä asettaa korkeat vaatimukset oman erityisosaamisen tunnistamiseen, myös sen esille tuomiselle jokapäiväisessä työssä. Sosiaalityöntekijän rooli vaihtelee paljon erilaisissa moniammatillisissa yhteistyöryhmissä. Sosiaalityöntekijä voi olla joko pysyvä jäsen tai olla konsultin roolissa ja osallistua ainoastaan tiettyihin työ-osiin. Moniammatillista työtapaa korostetaan yleisesti organisaatioissa, mutta tutkimukset viittaavat, että käytännössä on suuria eroja kuinka ryhmät toimivat kun tavoittelevat päämääräänsä.

Tutkielman tarkoituksena oli tarkastella sosiaalityön roolia kaupunginsairaalassa ja moniammatillisissa kontekstissa. Empiirisessä tutkimuksessa oli kvalitatiivinen lähestymistapa ja se koostui tapaustutkimuksesta, joka oli jaettu kahteen osaan. Ensin tehtiin neljä teemahaastattelua sosiaalityöntekijän, lääkärin, SAS-sairaanhoitajan ja ryhmähoitajan kanssa. Sen jälkeen osallistuin kolmeen kokoukseen, jota piti moniammatillinen ryhmä johon myös kaikki yllämainitut osallistuivat.

Tulokset osoittivat, että sosiaalityöntekijällä on vahva asema sairaalassa. Sosiaalityöntekijällä oli neljä keskeistä roolia moniammatillisessa ryhmässä: tuoda esille potilaan koti- ja sosiaaliset olosuhteet, olla asiantuntijaroolissa, arvioida potilaan avuntarve ja olla linkki sairaalan ja potilaan tai omaisten välillä. Tapaustutkimus viittasi, että sosiaalityöntekijällä on hyvät mahdollisuudet ylläpitää selkeää roolia pienemmässä yksikössä, missä sosiaalityöntekijä tekee tiivistä yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Tärkeä johtopäätös on myös, että tässä sairaalassa sosiaalityöntekijä oli useimmiten mukana kokonaisissa työprosesseissa, siitä lähtien kun potilas tulee sisään ja kotiutuu.

**Avainsana:** sosiaalityö sairaanhoidossa, roolit, asiantuntemus, medikaalinen ja sosiaalinen näkökulma, moniammatillinen yhteistyö, dialogi

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

1. INLEDNING .....	2
1.1 Syfte och frågeställningar .....	4
1.2 Avhandlingens avgränsning och begreppsanvändning.....	6
1.3 Disposition.....	7
2. SOCIALT ARBETE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....	9
2.1 Bakgrund och arbetsuppgifter.....	9
2.2 Förhållandet till andra yrkesgrupper.....	11
2.3 Det sociala kontra det medicinska perspektivet .....	14
2.4 Socialarbetets ställning och kraven på reflexivitet .....	15
3. MULTIPROFESSIONELLA GRUPPER OCH SAMARBETET INOM DET MEDIKALA ARBETSFÄLTET .....	18
3.1 Vad avses med expertis, professionalism och multiprofessionalitet? .....	18
3.2 Multiprofessionellt samarbete .....	20
3.3 Förekomsten av multiprofessionella grupper inom hälso- och sjukvården .....	22
3.4 Roller inom multiprofessionella grupper.....	24
3.5 Språket och växelverkan inom grupper .....	26
3.6 Dialogens betydelse för gruppens verksamhet .....	28
4. PRECISERING AV SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGARNA .....	32
5. UNDERSÖKNINGENS METOD .....	34
5.1 Metodiska val.....	34
5.2 Fallstudien som strategi .....	35
5.3 Temaintervjun.....	36
5.4 Forskarens deltagande i det undersökta fältet.....	37
5.5 Forskarens roll och etiska principer.....	39
6. UNDERSÖKNINGENS SAMPEL OCH METOD FÖR ANALYSEN .....	42
6.1 Urval av respondenter .....	42
6.2 Beskrivning av materialinsamlingsfasen .....	44
6.3 Analysmetod för temaintervjuerna .....	46
6.3 Analysmetod för gruppens möten.....	48
7. PRESENTATION OCH ANALYS AV TEMAINTERVJUSVAREN SAMT MÖTESDISKUSSIONERNA .....	51
7.1 Temaintervjusvaren .....	51
7.2 Tema 1: Intervjupersonernas arbetssituation och arbetsuppgifter .....	52
7.3 Tema 2: FYS-SOC-SAS-gruppen.....	55
7.3.1 Patientgrupperna .....	56
7.3.2 Gruppens syfte och målsättningar .....	57
7.4 Tema 3: Synen på multiprofessionellt samarbete och socialarbetets roll.....	58
7.4.1 Socialarbetets roll på sjukhuset .....	60
7.4.2 Bedömningen och beslutsfattandet inom gruppen.....	62
7.5 Tema 4: Kommunikationen inom FYS-SOC-SAS-gruppen .....	64
7.5.1 Den medicinska kontra den sociala synvinkeln.....	67

7.5.2 Arbetets utveckling .....	68
7.6 Analys av FYS-SOC-SAS-gruppens möten .....	70
7.6.1 Socialarbetarens roll och expertis .....	70
7.6.2 Fem aspekter för samarbetet .....	74
8. RESULTATDISKUSSION .....	83
8.1 Socialarbetets roll .....	83
8.2 Den sociala dimensionen .....	85
8.3 Det multiprofessionella samarbetet .....	87
8.4 Patientens ställning .....	89
9. SLUTSATSER .....	93
LITTERATURFÖRTECKNING .....	102
BILAGA1 .....	106

# 1. INLEDNING

Inom det finländska välfärdssamhället pågår många förändringar gällande strukturen och uppbyggnaden av socialskyddet. Socialarbetarens arbetsfält och expertis står inför nya utmaningar och håller på många sätt att omdefinieras. Inom den allmänna samhällsdebatten har det talats i många år om olika yrkesgruppers professionalitet och att man är tvungen att omforma sin expertis för att kunna svara på de allt mer mångfacetterade klientproblemen. Det ställs också allt större krav på att socialarbetarna skall kunna samarbeta med andra yrkesgrupper och att man böra kunna definiera det egna kunnandet mera djupgående. Socialarbetet har allt mer börjat betraktas som en del av en mångprofessionell arbetsprocess, där flera olika professioners experter arbetar sida vid sida. (Ahonen 2004, 56; Karvinen 1996, 43)

Ett arbetsområde bland många, där socialarbetet ställs inför stora krav på mångprofessionalism, är inom hälso- och sjukvården. Socialarbetaren konkurrerar med flera andra professioner om makt och position inom en traditionellt hierarkisk organisation där läkare har vanligtvis haft en hög status. Socialarbetet inom sjukvården strävar till att betrakta patienternas sociala helhetssituation och lyfta fram de sociala aspekternas betydelse vid sjukdomsfall. Men socialarbetet är bundet till dess medicinska verksamhetsområde och verkar inom ramen för hälsopolitiska strävanden. (Havukainen m.fl., 1998, 16)

Socialarbetets helhetssyn på människors liv kan lämna i skuggan av den medikala synen. Medikaliseringen av människors vardag är något som har uppmärksammats inom många områden. Med medikalisering avses att man försöker finna lösningar på människors sociala problem utgående från ett hälso- och sjukdomsdominerat perspektiv. Socialarbetarens uppgift är således inom hälso- och sjukvården att framförallt lyfta fram betydelsen av den sociala dimensionen. Annars ligger det en fara i att man som expert fjärrar sig för långt från människors dagliga företeelser och individuella särdrag. Man bör komma ihåg att allt inte går att förklaras med hjälp av medicinska termer och hälsorelaterade begrepp. (Launis 1994, 7; Niskala 2004, 86; Murto 2004, 53)

Social- och hälsovårdsorganisationer har under de senaste tio åren sammanslagits på många håll i Finland. Arbetsfältet betraktas nuförtiden som en helhet men i praktiken utgörs arbetsfältet ändå av olika nätverk, bestående av en rad olika hjälpare. Servicen är ofta uppbyggd på olika sätt inom de givna arbetsområdena och man har olika metoder samt arbetssätt för att ta itu med problemlösningen. Klienterna och deras livssituationer betraktas från olika synvinklar, vilket medför svårigheter när de olika synsätten skall sammanlänkas till en enda helhet. (Mönkkönen, 2002, 27; 62)

Begrepp som multiprofessionalitet och multiprofessionella grupper har förekommit länge i den allmänna diskussionen kring på hur man skall kunna lösa olikheter gällande betraktandet av enskilda klientfall. Syftet med mångprofessionella grupper är att man genom ett strukturerat arbetssätt skall kunna uppnå ett klientnära och helhetsmässigt synsätt på enskilda fall. Men det här lyckas inte ifall varje gruppmedlem håller strikt fast vid sin yrkesmässiga kompetens och enbart betraktar klientärendena utgående från sin egen synvinkel. Således räcker det inte med att benämna grupper såsom multiprofessionella. Man bör också få dessa grupper att börja tänka och agera mångprofessionellt med avseende på utbyte av varandras expertis. (Kihlman 2004, 76; Isoherranen 2005, 19)

En central roll har även gruppmedlemmarnas växelverkan och kommunikationssätt. Enligt Mönkkönen (2002) kan ett dialogiskt kommunikationssätt inom social- och hälsovårdens multiprofessionella grupper innebära en möjlighet att öka förståelsen för olika synsätt. Ifall man kan tillåta olika skiftningar kan man öka möjligheterna till att tillsammans beskåda fall ur en mångfald av olika uppfattningar. Socialarbetet står därför likt många andra yrkesgrupper inför många utmaningar. Flera forskare anser att experterna bör inom det postmoderna samhället omforma sitt kunnande och utveckla en förmåga att kritiskt granska och reflektera över det egna arbetssättet. Således betonas yrkesutövares reflexiva förmåga inom ramen för det dagliga arbetet. Ifall man kan beakta både de egna och andras uppfattningar om enskilda fall kan man öka möjligheterna till ett gränsöverskridande multiprofessionellt arbetssätt. (Metteri 1996, 146; Karvinen 1996, 44)

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Inom ramen för min pro gradu avhandling vill jag fördjupa mig i socialarbetets roll inom hälso- och sjukvården och speciellt hurdan ställning socialarbetaren har som medlem av olika samarbetsgrupper. Det här är ett ämne som har undersökts i många olika sammanhang. Mycket av tankegångarna kretsar kring hur man skall kunna framhålla socialarbetarnas expertis och kunna ta tillvara på dess specialkunnande i det dagliga arbetet inom en sjukvårdsmiljö. Resultat från tidigare undersökningar (bl.a. Metteri 1996; Linden 1999; Niskala 2004; Korkealaakso 2005), visar att det finns tendenser till att den sociala dimensionen får en underlägsen betydelse gentemot det medikala perspektivet. Inom ett traditionellt medicinskt dominerat arbetsfält finns det en risk för att man fäster för stor vikt enbart på "hård data" när man betraktar patienternas hälsoproblem och dess bakomliggande orsaker. Socialarbetarens roll kan därmed variera på många håll. Den kan fort bli överlappande ifall man inte har en tydlig arbetsbeskrivning och innehar en starkt yrkesidentitet.

Ett multiprofessionellt arbetssätt förutsätter enligt allmänna definitioner ett horisontellt gränsöverskridande och att man vill betrakta enskilda fall ur olika synvinklar för att tillsammans kunna finna de bästa lösningarna. Med multiprofessionalitet avses allmänt att olika experter samlas i grupper för att gemensamt gå igenom olika klientfall i syfte att förena allas kunnande. På så vis kan man få bästa möjliga grund för beslutsfattandet. Multiprofessionalitet förutsätter också man har en förmåga att kunna reflektera över sin egen arbetsinsats och hur man bäst kan bidra med kunskap som kan vara till nytta för hela gruppen. En dialogisk inriktning på kommunikationen har enligt studier visat sig åstadkomma goda förutsättningar för ett fungerande samarbete där alla kan få en möjlighet att framföra sina synpunkter på ett öppet och jämlikt sätt. (Isoherranen 2005, 10-18; Mönkkönen 2007)

Problemformuleringen och syftet med denna avhandling är att undersöka socialarbetets roll, även inom en multiprofessionell kontext. Olika slags samarbetsgrupper är allmänt förekommande inom hälso- och sjukvården och många av dessa kan benämnas multiprofessionella, i alla fall till sin utformning. Därmed upplever jag att det är meningsfullt



att granska just en dylik grupps verksamhet för att få svar på delar av mitt övergripande syfte. Den empiriska undersökningsdelen består av en fallstudie indelad i två helheter. Undersökningsdelen har varit riktad till ett specifikt stadssjukhus. Jag har utfört sammanlagt fyra temaintervjuer med en socialarbetare, läkare, SAS-sjuksköterska och gruppsjuksköterska. Utöver temaintervjuerna har jag också deltagit i tre möten på en bestämd avdelning där det förekommer en uttalad multiprofessionell arbetsgrupp (FYS-SOC-SAS-gruppen). Genom det insamlade materialet ville jag kunna analysera och dra slutsatser om socialarbetets roll på det här sjukhuset och inom ramen för den multiprofessionella gruppen. Utgående från detta har jag formulerat tre centrala frågeställningar för min pro gradu-avhandling.

*Frågeställningar:*

- *Vilken roll och funktion har socialarbetet inom en hälso- och sjukvårdsinriktad miljö?*
- *Hurudan syn har man på socialarbetarens ställning och hur tar man tillvara på socialarbetarens expertis inom den undersökta multiprofessionella gruppen?*
- *Hur ser det multiprofessionella samarbetet ut och hurudan växelverkan samt kommunikation förekommer mellan medlemmarna av den multiprofessionella gruppen?*

Sålunda vill jag med hjälp av dessa frågeställningar få klarhet först och främst i hur socialarbetet uppfattas inom sjukvården av socialarbetaren själv och de närmaste arbetskollegorna i det dagliga arbetet. För att få en djupare uppfattning om socialarbetarens funktion i det praktiska arbetet har jag velat samla in material från den multiprofessionella gruppen FYS-SOC-SAS, där socialarbetaren utgör en permanent medlem. Sålunda vill jag förutom de enskilda intervjuerna, också mera konkret se hur socialarbetets roll framträder inom den multiprofessionella gruppens arbete. Det här handlar också om att påvisa i vilken utsträckning det verkar finnas ett multiprofessionellt samarbete som möjliggör att olika synvinklar får komma fram och sålunda inverka på gruppens arbete.

## 1.2 Avhandlingens avgränsning och begreppsanvändning

I denna avhandling har fokus varit lagd på socialarbetarens roll inom en hälso- och sjukvårdsinriktad miljö. Sålunda kan man konstatera att studien är riktad till två olika aspekter av socialarbetet inom denna arbetsmiljö. Rollbegreppet kan inrymma olika dimensioner beroende på sammanhanget. Enligt Nilsson (1993, 50-52) kan rollbegreppet förklara mycket av det förväntade beteendet som finns i en grupp. Det uppkommer alltid en rad roller inom olika grupper. Rollerna får medlemmarna att bete sig på ett visst sätt, man tar på sig olika uppgifter och agerar på olika sätt inom grupperna. I detta fall har min avsikt varit att undersöka socialarbetets roll, med avseende på, att kartlägga just vilka slags roller, uppgifter och hurudan funktion socialarbetaren har i sitt dagliga arbete. Jag utgår sålunda från att denna syn på rollbegreppet kan ge mig i ett bredare perspektiv svaren på mina frågeställningar och mitt syfte med denna avhandling.

Min teoretiska referensram omfattar forskning och resultat från både Finland och utlandet. Jag har utgått från ett socialarbetarperspektiv men velat belysa ämnet så mångsidigt som möjligt. Därför har jag inkluderat deltagare i den empiriska undersökningen från andra yrkeskategorier och velat granska också deras syn på socialarbetet inom hälso- och sjukvården. Diskussionen kring expertis, samarbete och multiprofessionella grupper verkar ha tagit fart på slutet av 1980-talet. Under hela 1990-talet och även fram till idag har man flitigt använt sig av begreppet multiprofessionellt samarbete i mycket olika sammanhang. Enligt Isoherranen (2005, 13-16) utgår begreppet multiprofessionell från engelskans *multiprofessional* och *multidisciplinary*, vilka används mycket brett och ospecifikt för att beskriva olika former av att samarbeta. I det finska språket används mest begreppet *moniammatillinen yhteistyö* och det har blivit ett slags paraplybegrepp som står för olika förklaringar av hur ett samarbete kan se ut experter emellan. Inom det svenska språket använder man sig både av begreppet *multi-* och *mång-* när man syftar på *multi- eller mångprofessionellt samarbete, -tänkande, -grupper* osv.

Förutsättningar och hinder för ett multiprofessionellt samarbete är också ett mycket populärt forskningsområde (se t.ex. Payne 2000; Övretveit 1996; Isoherranen 2005) Begreppet har belysts från olika synvinklar och man har presenterat olika lösningar på hur

multiprofessionella grupper kunde fungera optimalt. Ändå verkar det fortsättningsvis finnas många svårlösta frågor gällande olika yrkesgruppers förutsättningar till samarbete. Det ligger en stor utmaning i att kunna sammanlänka allas expertis, speciellt kring klienternas allt mer mångfacetterade problem. Jag har i denna avhandling använt mig av begreppet multiprofessionellt samarbete för att åskådliggöra det typ av samarbete som jag har studerat i den empiriska undersökningen. Till detta begrepp och övriga närliggande återkommer jag i det tredje kapitlet.

Klientens roll och självbestämmanderätt framträder också allt klarare och man betonar i de flesta sammanhang hela nätverks betydelse för att kunna stärka klienterna och finna lösningar som fungerar i vardagen (Arnkil & Seikkula 2005; Isoherranen 2005). Jag är dock i denna avhandling varit mest intresserad av multiprofessionalitet ur *experternas synvinkel* och specifikt samarbetet dessa emellan. Således är fokus inte lagd på *klient- expertförhållandet* fastän detta också behandlas i en viss utsträckning för att få en bättre helhetsöverblick.

Gällande begreppsanvändningen, vill jag också klargöra att jag kommer parallellt att använda mig av begreppen *klient* och *patient*. Skillnaden mellan dessa är säkert klar för de flesta men för att tillhandahålla en officiell definition, har jag utgått från Stakes (2000). I deras register utgör en klient mottagaren av en service eller en produkt. En klient kan stå för en naturlig person, en persongrupp eller en organisation. Med en patient avser man en klient inom hälsovården, som har ett hälsorelaterat problem.

### **1.3 Disposition**

Jag vill här förtydliga avhandlingens struktur och göra det lättare för läsaren att kunna tillgodogöra sig avhandlingens olika delar på bästa möjliga sätt. I det första kapitlet har jag presenterat avhandlingens forskningsområde och valet av syfte samt frågeställningar. Jag har också beskrivit hur avhandlingen är avgränsad. Även begrepp som kommer att användas flitigt förklaras för att läsaren skall kunna förstå i vilket sammanhang de används. I det andra kapitlet har jag granskat socialarbetets roll och ställning ur ett historiskt perspektiv, jag har studerat förhållandet mellan socialarbetaren och kringliggande professioner såsom läkares och

sjuksköterskors arbetshelheter. Jag har också redogjort för bakgrunden till skillnaderna i det sociala och medikala synsättet på patienters sjukdomar och orsaker till dessa. Det presenteras tidigare forskningsresultat på området och vad olika forskare har funnit gällande socialarbetets roll, expertis och ställning i olika arbetssammanhang.

I kapitel tre har jag gått mera in på relevanta begrepp som hänför sig till expertis, multiprofessionalitet och växelverkan inom multiprofessionella grupper. Ett av mina huvudmålsättningar med avhandlingen var att studera socialarbetets roll just inom ett multiprofessionellt sammanhang. Det här ansåg jag att var befogat eftersom multiprofessionellt samarbete är ett allmänt sätt för olika experter att arbeta tillsammans inom just social- och hälsovården. Sålunda har jag belyst multiprofessionellt samarbete ur olika synvinklar och vad man har funnit för resultat angående dess komponenter. Det här handlar också om hur man kan lyckas införliva olika yrkesgruppers expertis på bästa möjliga sätt. Jag har också studerat rollbegreppet närmare och hur olika roller formas inom dylika grupper. Jag har vidare granskat hurudan betydelse medlemmars växelverkan, språkbruk och förekomsten av en dialog har för samarbetet i praktiken.

I det fjärde kapitlet har jag preciserat mitt syfte och mina frågeställningar. I det femte och sjätte kapitlet har jag redogjort för avhandlingens metodiska val gällande den empiriska undersökningen. Jag har redogjort för fallstudien som strategi och beskrivit samplets storlek samt analysmetoden för det insamlade materialet. Även etiska frågeställningar har behandlats. I kapitel sju har fallstudiens insamlade material (temaintervjussvaren och svaren från mötesdiskussionerna) presenterats och analyserats. Sedan i kapitel åtta har jag tolkat och diskuterat resultaten från hela fallstudien. De huvudsakliga resultaten har presenterats skilt för att det skall vara lättare för läsaren att tillägna sig dessa. I kapitel nio har jag sammanfattat de viktigaste slutsatserna och härlett diskussionen vidare på området samt gett förslag till fortsatt forskning.

## 2. SOCIALT ARBETE INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

I det här kapitlet börjar jag med att redogöra för historiken kring socialarbetets framväxt och uppgifter inom hälso- och sjukvården. Sedan granskas förhållandet till andra yrkesgrupper och vad det finns för skillnader samt likheter mellan dessa. Det sociala och medicinska perspektivet diskuteras och till sist granskas socialarbetets ställning med tanke på framtida utmaningar och kraven på att ha en reflexiv förmåga att betrakta sitt arbete.

### 2.1 Bakgrund och arbetsuppgifter

Socialarbetet inom hälsovården och allmänt på sjukhus har sina rötter i början på 1900-talet i USA och England. I Finland framväxte det sociala arbetet på 1920-talet, när en del sjuksköterskors och hälsovårdarens arbetsbeskrivningar inriktades på social- och omsorgsuppgifter. Man började uppmärksamma patienternas sociala situation och levnadsförhållanden samt deras betydelse för personernas helhetsmässiga välmående samt tillfrisknandeprocessen. Till en början bestod *socialsköterskans* arbetsuppgifter av att se till att patienten kände sig trygg. Socialsköterskan skulle hjälpa till att lindra rädslor samt bekymmer som uppstod i samband med insjuknandet. Socialsköterskan fungerade ofta som en länk mellan sjukhuset och patienternas hem eftersom denna person kunde göra hembesök för att kartlägga möjligheterna att anpassa och utskrivna patienterna till deras hemförhållanden. (Havurinen m.fl. 1998, 10; Linden 1999, 29; 37-39)

Sociala arbete har också ursprungligen betraktats som ett *psykosocialt arbete*, så även inom hälsovården. Det individuella socialarbetet innehöll till en början en betydelsefull terapeutiskt tyngdpunkt. Man skulle förstå människors inre psykologiska processer och psykets inverkan på välmåendet. Men vart efter samhället genomgick förändringar och allt större kopplingar började dras mellan socialpolitik och socialt arbete, så betonades istället de sociala villkorens betydelse för hälsan och välbefinnandet. Men i många avseenden utmärks socialt arbete ännu i praktiken av terapeutiska samtal och psykosociala metoder. Det beror på att det psykosociala arbetet går i många avseenden ut på ett problemlösande närmelsesätt. Man vill stöda

personerna mentalt i deras handlande och deras strävanden att uppnå en kontroll över sin livssituation. (Linden, 1999, 32-33; 152)

Tidigare har socialarbetet varit förankrat med sjuksköterskors arbete via bl.a. utbildningen. Sjuksköterskor har kunnat specialisera sig genom vidareutbildning till socialsköterskor. Men år 1975 upphörde man med socialsköterskeutbildningen och man övergick till benämningen *socialarbetare*. Utbildningen av socialarbetare har sedan dess förverkligats på universitetsnivå och nyblivna socialarbetare har varit experter inom det sociala området och inte längre utgjort sjuksköterskor som specialiserat sig på socialvård. Utgående från denna förändring, började man också specifikt tala om *socialt arbete inom hälsovården*. Detta ledde även till att socialarbetarna började mera betraktas som en skild yrkesgrupp på sjukhus och med en särskild yrkesskicklighet. (Niemelä 1987, 2; Linden 1999, 52)

Man kan säga att socialarbetare inriktade på hälso- och sjukvårdsmiljön arbetar oftast inom primärhälsovården, specialistsjukvården, på rehabiliteringsanstalter eller inom mentalvården. Inom det sociala arbetet betonas de sociala orsakerna och följderna kring insjuknande, sjukdomstillstånd och handikapp. Ett rehabiliterande och psykosocialt förhållningssätt utgör en röd tråd i arbetet. En utgångspunkt för arbetet är en helhetssyn på sjukdomar och dess samband med sociala aspekter. Målsättningen är att påverka individens och familjens levnadssituation vid sjukdom och handikapp, så att de omkringliggande aspekterna av livet (utkomststöd, social funktionsförmåga och samhälleligt deltagande) kan fortgå utan så små hinder som möjligt. (Havurinen m.fl. 1998, 8-9; Linden 1999, 55)

Man kan konstatera att socialarbetare inom hälso- och sjukvården har på samma sätt som inom andra arbetsområden, mångdimensionella uppgifter: *klientuppgifter*, *expertuppgifter*, *utvecklings- och samhällliga uppgifter*. Socialarbetaren bör kunna skifta mellan dessa och sammanlänka de olika dimensionerna av sociala och hälsorelaterade aspekter. (Linden, 1999, 59-60) Till de vanligaste enskilda arbetsuppgifterna hör bl.a. utredning av socialskyddsförmåner och serviceformer, förebyggande och minimering av ekonomiska problem under vårdtiden, information och rådgivning om patientens rättigheter och skyldigheter, befrämjande av personens omsorg och förverkligande av rehabilitering samt

utredning av möjligheterna att återfå förmågan att klara sig i vardagen (Tuohimäki m.fl., 2005, 7-8)

Socialt arbete är organiserat på olika sätt inom hälsovården och sjukhusorganisationer. Som förman fungerar antingen en läkare, översköterska eller någon med socialarbetarbakgrund. Socialarbetets funktion inom organisationerna betraktas även på olika sätt beroende på vem som definierar det och vanligtvis betraktar socialarbetarna sin egen roll mera utbredd än vad som anses av övriga yrkesgrupper. (Niemelä, 1987, x)

## **2.2 Förhållandet till andra yrkesgrupper**

Inom hälso- och sjukvården arbetar en rad olika yrkesgrupper, varav en del har en längre och kortare historisk bakgrund. Till de mest långvariga yrkesgrupperna kan nämnas läkare. Den medicinska vetenskapen har en lång tradition i motsats till socialt arbete som är en relativt ny yrkesgrupp och vetenskap. Läkarens generella uppgift är att läka och bota genom olika vårdmetoder. Läkarprediktionen innehar traditionellt en hög status och har fått en dominerande ställning inom sjukhusvärlden. En allmän uppfattning anses vara att läkaren betraktas som högre i rang än de andra anställda. Inom teamarbete är det också mycket vanligt att läkaren är ledaren för gruppen. (Niemelä 1987, 21-30; Launis 1994, 19)

Niemelä (1987, 117-119; 122) fann redan för ca 20 år sedan att synen på socialt arbete inom en sjukhusmiljö är nära förankrad med dess samhällsrelaterade funktion. Socialarbetet var införlivat i sjukhusmiljön men få respondenter såg på det sociala arbetet som en skild profession inom sjukhuset. Läkarna verkade vara den yrkesgrupp som tydligast ville ha en gränsdragning mellan den medicinska expertisen och den sociala. Socialarbetarens roll ansågs vara förknippad till en koncentration på den sociala synvinkeln gällande patienternas välmående. Angående socialarbetets betydelse ansåg sjuksköterskor att det sociala arbetet på många sätt stöder vårdarbetet, medan läkarna ansåg att socialarbetarens roll var minst viktig med tanke på hälsovården av patienterna. Angående socialarbetets ställning på sjukhuset placerades socialarbetare i samma kategori som sjuksköterskor, fysioterapeuter, ergoterapeuter och laboratorieskötare. Läkare och ledande sjuksköterskor placerades högst.

Enligt Lindens studie (1999, 126) erkänner läkare socialarbetarnas expertis angående lagstiftningen och dess tillämpning. Socialarbetarens uppgift är ur läkarsynvinkel att följa med lagstiftningen, dess utveckling och tolka lagen på rätt sätt. Läkarna anser att endast socialarbetarna har tillräcklig expertis och kunskap om socialskyddssystemet. Således bör andra yrkesgrupper använda sig av socialarbetarens expertis på området för att undvika egna felaktiga tolkningar och tillämpningar.

Om man går över till att granska sjukskötarens eller vårdarens uppgifter, så är dessa att hjälpa patienten att kunna klara av sin vardag på bästa möjliga sätt utgående från den egna förmågan. Vårdaren skall motivera och orientera patienten framåt. Sjukskötare har befäst sin position inom det hierarkiska systemet med hjälp av bl.a. *egenvårdarsystemet*. Den individuella vården med uttalade ansvarspersoner och egenvårdarsystem, påminner på många sätt om socialarbetarens verksamhetsfält. Egenvårdaren skall liksom socialarbetaren betrakta patienternas situation ur olika synvinklar. En vanlig uppdelning på många håll mellan sjuksköterskor och socialarbetare är att sjukskötarna kartlägger till en början patienternas sociala livssituation. Sedan sänder man vidare de mera problematiska fallen till socialarbetarna för en fortsatt utredning. På en del ställen träffar alla patienterna en socialarbetare när de kommer in på en avdelning. På så sätt får de ett inledande informationspaket om socialskyddssystemet. (Linden, 1999, 19-20; 131-133)

Enligt Linden (1999, 7-8; 104) visade intervjuer med socialarbetare att det fanns ett stort behov av socialt arbete på avdelningarna och att det märktes en hel del brister gällande utredningen av patienternas sociala förhållanden. Många var i behov av mera information om socialservicen. Det framkom i undersökningen att det sociala arbetet var splittrat på många sätt och det upplevdes diffust eftersom många uppgifter hade beröringspunkter med vårdarbetet. En del uppgifter gällande klargörandet av socialskyddet hade överförts till vårdpersonalen. Det framgick att man upplevde sitt arbete som ett komplement till allt övrigt arbete. Socialarbetarnas expertis var känt inom organisationen men i praktiken använde man sig inte av denna i den utsträckning som det skulle vara möjligt. Socialarbetarna såg sig själva som sociala experter men i praktiken mera som förmedlare och som en förbindelseströskel mellan patient, personal samt myndigheter. Vårdarna och läkarna koncentrerade sig för mycket enbart



på hälsorelaterade frågor, medan socialarbetarna försökte sätta sig in i patienternas hela livssituation. Således är socialarbetets fokus mycket bredare, inom vilken sjukdoms- och hälsobegreppet ses bara som en delfaktor av välmående.

Det finländska hälsovårdssystemets starka sidor har varit dess utbredda expertis som har svarat på välfärdssamhällets allt mer omfattande syn på hälsan och sjukdomsbegreppet. Men i takt med specialiseringen inom olika arbetsområden har yrkesfältena indelats i olika sektorer. Det har medfört att patienterna kan samtidigt ha och göra med en rad olika experter utan att dessa sinsemellan alla gånger är medvetna om varandra. Det här har lett till att man på många håll har vidtagit åtgärder för att kunna sammanlänka de olika experternas kunnande. Man har velat komma ifrån de splittrade arbetsfältena och det byråkratiska förfaringssättet. Målsättningen har varit att bygga upp ett klientcentrerat och heltäckande system för skötseln av enskilda fall. (Launis, 1994, 1-2)

För att uppnå målsättningen med en helhetsmässig behandling och rehabilitering, bör man ta i beaktande även patienternas andra behov än de fysiska. Således kan socialarbetet länkas som en naturlig del till patientvården. Man kan allmänt konstatera att det finns åtminstone *tre grundläggande gemensamma nämnare* för alla yrkesgrupper inom social- och hälsovården. Den första gemensamma nämnaren är att man strävar till att uppnå en *diagnos* gällande en patient. Det handlar om att man vill kunna klassificera det problem eller den sjukdom som patienten har. För det andra strävar alla yrkesgrupper till att göra en *bedömning* eller någon slutsats om klientfallet dvs. man överväger olika möjliga lösningar. För det tredje innefattar alla klientärenden någon form av behandling och *förverkligande* av lösningsmodellerna. (Linden, 1999, 21)

Det som ofta saknas och som borde utgöra en fjärde gemensam nämnare, är yrkesgruppernas egna *kritiska reflektion* på sitt arbete. De olika yrkesgrupperna borde kunna betrakta på avstånd sin egen bedömning. Yrkesgruppernas arbetsuppgifter är delvis överlappande, men det viktiga är att kunna urskilja varje persons specialkunnande och att använda sig av denna för helhetsbedömningen. (Linden, 1999, 15-21)

## 2.3 Det sociala kontra det medikala perspektivet

Skillnaderna mellan socialarbetets angreppsätt och det medicinska är också en viktig delfaktor som inverkar på yrkesgruppernas sätt att arbeta sida vid sida. Denna aspekt har också en stor betydelse för möjligheterna till ett fungerande multiprofessionellt samarbete. Olikheterna gällande synsätten är i grunden relaterade till de olika referensramarna som hänför sig till natur- och socialvetenskapen. Inom naturvetenskapen beskrivs en människa utgående från sin fysiska existens som en organisk varelse, bestående av celler, med ämnesomsättning osv. Metteri (1996, 146-147) anger att Goffman (1986) har uttryckt att denna referensram för människan som varelse, inte inrymmer något intresse för människans subjektivitet eller erfarenheter. Naturvetenskapen fokuserar på "objektiva fynd" såsom siffror, statistiska uppgifter och mätbara resultat. Men inom socialvetenskapen är man mera intresserad av människan som ett subjekt och utgående från en social referensram.

Det naturvetenskapliga angreppsättet har anklagats på olika håll för att bli dominerande inom olika arbetsgrupper. T.ex. gällande bedömningen av en persons arbetsförmåga eller rehabiliteringsmöjligheter. (Metteri, 1996, 147) Ett begrepp som ofta används i detta sammanhang är *medikalisering*. Uttrycket härstammar från 1970-talet och definieras ur ett sociologiskt perspektiv som en tendens till att definiera sociala problem i medicinska termer. Medikalisering leder således till att problem börjar förklaras med hjälp av ett medicinskt språk och man strävar till att finna lösningar på problem med hjälp av medicinska interventioner. (Riska, 2004, 4) Medikalisering kan också förklaras som ett fenomen, där den medicinska expertisen sträcker sig utanför sjukdomsbegreppet och att allt fler fenomen definieras utgående från hälso- och sjukdomsinriktade begrepp. För det sociala arbetet kan medikaliseringen innebära att socialarbetarens kunskap och information om människors vardag ses som underställd den medicinska kunskapen. Under sådana omständigheter är det omöjligt att föra en jämlik dialog mellan företrädare för de båda synsätten. (Metteri, 1996, 151)

Ett stort problem inom sammanslagna social- och hälsovårdsorganisationer kan vara det faktum att organisationerna till sin grundläggande utformning har olika ideologier.

Tyngdpunkten kan ha varit på antingen ett medicinskt eller ett mera socialvetenskapligt synsätt. De olika organisationskulturerna kan vara svåra att sammanföra fastän man i teorin sammanslår dem till en enda. De bakomliggande organisationsideologierna kan ändå fortsätta att styra verksamheten för de olika experterna i praktiken. Exempelvis inom hälsovårdsorganisationer kan socialarbetets helhetssyn på klientfall verka främmande och svårt att implementera. (Ojuri, 1996, 123)

Socialarbetet utförs jämsides med den medicinska expertisen och vårdvetenskapen, vilket lägger sina särskilda begränsningar och krav på verksamheten. Många gånger kan förhållandet till övrig personal inom hälso- och sjukvården vara missvisande. De andra kan fästa för stor vikt vid socialarbetets kontrollfunktion. Inom hälsovården kan man dra sig för att ta kontakt till socialarbetaren, av en rädsla för att socialvården skall sätta en ”stämpel” på den egna verksamheten och att klientkontakterna blir lidande ifall man blandar in socialarbetaren. Således kan tröskeln till att ta kontakt till socialmyndigheterna bli för hög p.g.a. ovisshet om dess roll och möjligheter att hjälpa konkret i olika fall. (Pellinen, 1996, 133)

Enligt Pellinen (1996, 137) är det svårt för socialarbetare att finna sin plats inom hälsovården och specifikt inom multiprofessionella grupper. Ofta är socialarbetaren den enda personen som har ett annat synsätt än det vanligtvis dominerande medicinska perspektivet. Det finns en risk för att socialarbetet ses enbart som ett komplement till den medicinska kunskapen och vårdarbetet. På så vis kan det verka som om socialarbetet inte skulle inneha en egen profession samt position inom hälso- och sjukvården. Under sådana omständigheter blir även arbetsbeskrivningen mycket smalare än vad den kunde optimalt vara. (Linden, 1999, 21)

## **2.4 Socialarbetets ställning och kraven på reflexivitet**

Socialarbetarna har under en längre tidsperiod fått stanna upp och utvärdera sin expertis inför de snabba förändringarna i arbetslivet. Det är inte längre givet hurudan expertis man har inom det egna yrkesfältet utan det har skett på många håll en *sammansmältning av professioner* och de traditionella yrkesrollerna har försvunnit. Enligt Karvinen (1996, 32-33; 44) har socialarbetet profession sedan mitten av 1990-talet stått inför tre olika förändringsprocesser.

För det första har *den egna expertisen omformats* p.g.a konkurrens mellan professioner. För det andra har många yrkesgrupper försvunnit och *nya slags professioner har växt fram* som ett krav inom det postmoderna samhällets omvälvningar samt de allt mer mångfacetterade klientproblemen. En tredje förändring har gällt en *ökad fokusering på medborgarnärhet* och en uppkomst av ett krav på en *reflexiv expertis* och utvärdering av det egna kunnandet.

Det är dock viktigt att komma ihåg att socialarbetaren behöver andra yrkesgruppers kunnande som stöd för det egna arbetet, på samma sätt som andra professioner behöver socialarbetarens expertis. Multiprofessionalitet bör således ses som ett nytt slags expertkunnande, som inte grundas enbart på att man är fysiskt placerad inom en multiprofessionell grupp. Det multiprofessionella tänkande sätter socialarbetet i ett större sammanhang, som utmärks av en ständig växelverkan med andras kunnande, där man som socialarbetare kan vara både den givande och tagande parten. (Linnossuo, 1996, 73)

Angående socialarbetarnas professionalitet, menar många forskare att det har pågått en längre tid mera omvälvande och djupgående förändringar. Socialarbetarens expertis avspeglas numera tydligare gentemot andra professioner och tidigare traditionella socialarbetaruppgifter har överförts på närliggande yrkesgrupper. Det handlar i många fall om ett tydliggörande av maktförhållanden och skapandet av en hierarkisk ordning mellan yrkesgrupper som har hand om liknande arbetsuppgifter. Förändringen mot en pluralistisk serviceprocedentmodell och privatisering av vissa tjänster, har också lett till att många professioner hamnar att omvärdera sin ställning på arbetsmarknaden, så även socialarbetarna. (Karvinen 1996; Ala-Nikkola & Sipilä 1996)

Som ett svar på denna utveckling, anser man att socialarbetaren bör utveckla sin professionalitet till att bli reflexiv. Reflexivitet innebär att man kan kritiskt granska sin egen verksamhet. Man skall kunna reflektera och tolka sitt handlande samt sträva till ett nytt förhållande till sin egen expertis. Således är man flexibel i sitt agerande och klarar bättre av kraven på att växla mellan behoven av olika slags expertis. Inom multiprofessionella arbetsgrupper handlar det om att kunna arbeta för ett reflexivt problemlösningssätt. (Karvinen, 1996, 32-33; 41-43)

Även inom den sociologiska diskussionen om det postmoderna samhället, anses människors professionalitet likställas med reflexivitet. Det betecknas som ett sätt att kunna identifiera risker och påvisa alternativa lösningar. Ett reflexivt förhållningssätt anses således vara ett svar på den osäkerhet och sönderfall som breder ut sig inom många institutioner och traditionella serviceenheter. Gällande socialarbetarens fält handlar det också om att man är i ständig växelverkan med sin egen expertis och utmanar sig själv att tänka och reflektera över klientproblemen på annorlunda sätt. (Karvinen,1996, 35-45)

Socialarbetare som arbetar inom hälso- och sjukvården har lyft fram olika slags problem vid utförandet av socialt arbete. Dessa har varit förknippade med socialarbetarens ställning, avsättande av resurser och organiseringen av det praktiska arbetet. På slutet av 1990-talet betonade man vikten av standardisering och att klassificera socialarbetet. Genom dessa åtgärder kan man bättre strukturera och påvisa vad det sociala arbetet går ut på och tillhandahålla bättre metoder för dokumentationen. Men det löser givetvis inte mera djupgående problem rörande socialarbetarnas allmänna position och roll. Standardiseringen handlar dock mycket om att man inom alla yrkesgrupper skall kunna framhålla den egna expertisen och påvisa kvaliteten på det utförda arbetet. (Havurinen m.fl., 1998, 37)

### **3. MULTIPROFESSIONELLA GRUPPER OCH SAMARBETET INOM DET MEDIKALA ARBETSFÄLTET**

I detta kapitel behandlas först olika begrepp som har ett språkmässigt förhållande till multiprofessionalitet. Sedan går jag mera in på hur man definierar multiprofessionellt samarbete och granskar hurdana grupper det allmänt förekommer inom hälso- och sjukvården. Jag granskar också hur olika roller uppstår och utövas inom samarbetsgrupper. I de två sista underrubrikerna studeras också grupperns växelverkan och språket samt dialogens betydelse för det multiprofessionella samarbetet.

#### **3.1 Vad avses med expertis, professionalism och multiprofessionalitet?**

Människors *expertis* inom ett specifikt arbetsområde har ofta betraktats som ett enbart individuellt kunnande och som speciella personliga färdigheter som innehas av individer. Specialkunnande har allmänt betraktats som något som man uppnår med tiden, från att man i början betraktas som en novis till man att i slutändan utvecklas till en expert inom det egna arbetsfältet. Som expert inom ett visst yrkesområde skall man anses representera en viss synvinkel på ett fenomen utgående från den egna kunskapen. (Parviainen, 2006, 33). Begreppet *professionalism* avser att beskriva en person som företräder en viss yrkesgrupp och vars behörighet förutsätter abstrakt, komplex och specialkunskap samt kännedom om ett visst vetenskapligt område. En dylik expert kan till följd av sin utbildning tillämpa sin teoretiska kunskap på ett praktiskt sätt inom olika sammanhang. (Launis, 1997, 51-55; 122- 125)

Men med professionalism strävar man också till att uppnå kontroll och autonomi beträffande arbetsuppgifter som hör till det egna arbetsfältet och som man skall anses ha expertkunskap om. Man försöker på så vis delvis utvidga det egna området samt bygga murar till närliggande yrkesgrupper. Inom varje yrkesgrupp utvecklas det också ett speciellt fackspråk. Med hjälp av det särskilda yrkesspråket kan experterna skilja sig från varandra, vilket även förklarar svårigheterna när man vill sammanlänka olika experters kunskap. (Launis, 1997, 76-77)

I takt med personers specialisering, har också samhällets och klienters problem blivit allt mer svårlösta. Arbetslivet i sig har även blivit mera komplicerat och arbetsuppgifterna förutsätter allt mer abstrakt och bred kunskap när enskilda problem skall lösas. För att kunna svara på denna förändring och krav på en mångdimensionell kunskap, har man börjat tala om *multiprofessionalitet*. Numera frångår man allt mer från synen på en autonom expert och ger specialkunnandet en vidare betydelse. Multiprofessionellt kunnande kan beskrivas såsom människors och olika yrkesgruppers utövande av arbetet genom *horisontell gränsöverskridning* mellan ett flertal professioner. Således blir man multiprofessionell i sitt arbetssätt. (Isoherranen 2005, 10-18; Launis 1997, 122- 125)

Begreppet multiprofessionalitet inrymmer olika dimensioner. Vanligtvis urskiljer man två huvudsakliga betydelser. För det första avser man med multiprofessionalitet det samarbete som förekommer mellan olika yrkesgrupper. För det andra kan man tala om en multiprofessionell människa, som har lärt sig att förstå olika yrkesgruppers diskussionssätt och begreppsvärldar. (Matthies, 1996, 10) Multiprofessionalitet har visat sig vara svårt att tillämpa i praktiken. Å ena sidan bör man kunna utkristallisera sin egen expertis inom det egna arbetsområdet, medan man å andra sidan också bör kunna dela med sig av denna inom en arbetsgrupp för att uppnå en delad expertis. Ifall en persons egen yrkesskicklighet och specialitet är oklar, blir det svårt för hela gruppen att kunna tillgodogöra sig denna. (Isoherranen, 2005, 19)

Ett annat begrepp som också har börjat framträda i detta sammanhang är *mångexpertis*, från finskans *moniasiantuntijuus*. Flera studier har påvisat att traditionella sätt för en multiprofessionell grupp att arbeta på räcker inte utan man behöver förnya samt fördjupa sättet att arbeta tillsammans. Det traditionella multiprofessionella arbetsättet anses stå för att de olika experterna håller kvar vid sina bestämda yrkesroller och då går det inte att sammanlänka expertisen till en helhet. Resultatet blir då en mycket splittrad bild på klienternas fall. Däremot ger mångexpertisbegreppet en möjlighet för arbetsgruppens medlemmar att lösgöra sig från sina roller och på så vis kan man få en mera mångdimensionell expertis som ger en helhetsmässig bild av det som har utretts tillsammans. (Kihlman, 2004, 76)

Man talar också om en *kollektiv expertis*. Detta begrepp används för att beskriva hur man inom en organisation skall kunna använda sig av experternas sammanlagda kunskap. Även "tyst kunskap" behövs om man vill föra vidare insikter inom en organisation för att dess verksamhet skall kunna utvecklas. (Parviainen, 2006, 165-167). Men i många situationer har det visat sig att kunskapsutövandet och ett innehav av expertis, har mest börjat handla om att "sälja" sitt eget kunnande. I sådana lägen bör man komma ihåg vad det är man representerar och vad man så att säga säljer. (Launis, 1997, 129-130; 138-139)

### **3.2 Multiprofessionellt samarbete**

Begreppet *multiprofessionellt samarbete* började framträda allt mer i Finland på 1980- och i början av 1990-talet. En allmän uppfattning gällande multiprofessionellt samarbete är att ett visst antal personer har ett gemensamt arbete eller en uppgift att lösa. Multiprofessionellt tänkande och samarbete tillför en grupp olika slags kunnande och synsätt. Mera ingående innebär det således att många olika experter är samlade i ett visst sammanhang och delar med sig av sin expertis inom gruppen för att man skall kunna uppnå ett gemensamt mål. Den stora utmaningen är att kunna arbeta ihop på ett sådant sätt att man kan dra nytta av allas expertis och sammanlänka denna till en enda helhet. (Isoherranen, 2005, 10-14)

Inom social- och hälsovårdens klientarbete kan multiprofessionellt samarbete beskrivas såsom olika experters agerande, där man har som mål att uppmärksamma klienternas helhetssituation. Man talar ofta om *synergi*, dvs. att gruppens gemensamma ansträngningar åstadkommer bättre resultat än vad varje enskild gruppmedlem skulle åstadkomma på egen hand. Koordineringen av varje persons specialkunnande tjänar på det viset gruppens och klientens bästa. (Isoherranen 2005, 14-15; Övretveit 1995, 95)

Det förekommer en rad olika samarbetsgrupper inom hälso- och sjukvården. Dessa har till uppgift att trygga en helhetsmässig vård och omsorg av alla som inkluderar ett fysiskt, psykiskt och socialt betraktande av människors situation. Men studier har visat att

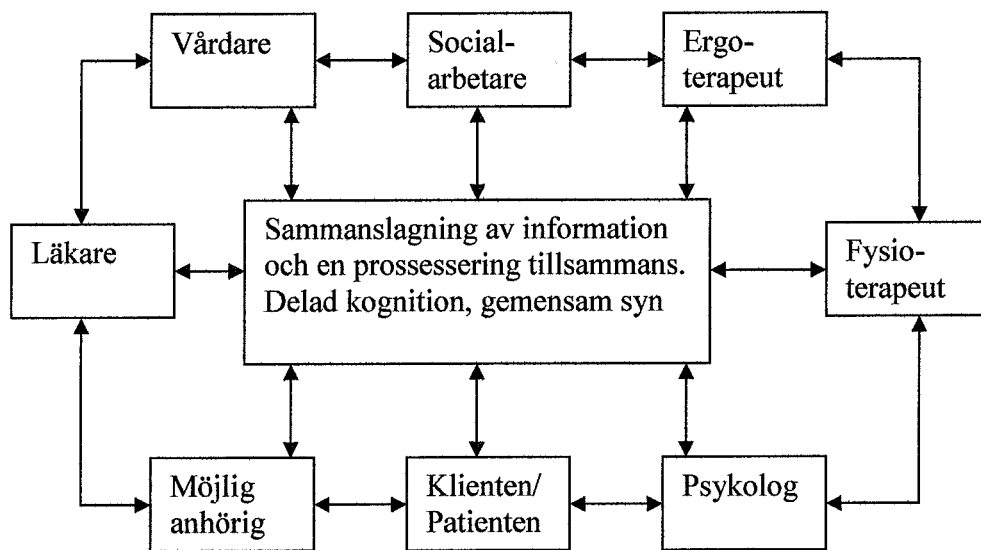


multiprofessionellt samarbete kräver stora insatser under en lång tidsperiod för att det skall kunna lyckas i praktiken. Gällande multiprofessionellt samarbete betonas vanligtvis enligt Isoherranen (2005, 14) fem aspekter för att man skall kunna uppnå ett gott samarbete:

- *klientnärhet*
- *sammanslagning av kunskap och de olika synvinklarna*
- *medveten växelverkan på samarbetet*
- *gränsöverskridning*
- *nätverkstänkande*

Övretveit (1996, 163-171) har också utarbetat 5 olika sätt att beskriva en multidisciplinär grupp (multidisciplinary team). Man kan studera *graden av integration, förekomsten av kollektivt ansvar, medlemskap, klientprocesser och beslutsfattande samt ledningsstrukturen*. Ett vanligt fenomen inom grupperna är att de olika synsätten leder till att arbetsgrupperna börjar sinsemellan strida om vem som har "rätt" synvinkel. Gällande maktförhållanden inom grupper överlag så kan man urskilja maktkamper inom alla institutioner. Maktutövningen kan vara både synlig och mera dold dels gentemot klienterna och dels i förhållandet mellan experterna. Det är således ofrånkomligt att det förekommer i en viss utsträckning maktkamper inom grupperna men det viktiga är hur man strävar till att lösa dessa och komma vidare. (Mönkkönen, 2002, 62; Linden, 1999, 118-120)

Enligt Isoherranen, Rekola & Nurminen (2008, 40) kan en idealbild över multiprofessionellt samarbete se ut på följande sätt ifall kunskap integreras till gruppen av de olika instanser som har varit inblandade i ett enskilt klientfall:



Isoherranen, Rekola & Nurminen (2008, 40) – idealbild över multiprofessionellt samarbete

### 3.3 Förekomsten av multiprofessionella grupper inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården finns det många olika typer av samsarbetsgrupper. Man talar om arbets-, nätverks-, rehabiliteringsgrupper osv. Dessa grupper kan man allmänt säga att har till syfte att göra det löpande arbetet mera smidigt och koordinerat. Det gäller att finna lösningar som möjliggör att de hjälpbehövande kan klara sig så långt som möjligt med hjälp av service inom öppna vården och sålunda får man minimerat behovet av anstaltsvård. (Linden, 1999,115-122)

Det existerar en rad olika typer av team beroende på vilken slags klientgrupp man arbetar med och beroende på hurdana problem man ämnar lösa inom grupperna. Var och en av dessa har sin speciella sammansättning och metoder för att kunna sammanlänka gruppmedlemmarnas kunnande samt resurser. Det ligger dock en fara i att många grupper när de benämns som "team", förväntas på något magiskt sätt kunna lösa existerande koordineringsproblem mellan olika yrkesgrupper och deras inbördes konflikter. Ett allmänt faktum är att människor har olika

förhållanden till varandra inom olika grupper. De agerar således också på olika sätt inom de skilda grupperna. (Övretveit, 1995, 29; 92)

Övretveit (1995, 94-98;105-107) skiljer mellan tre olika typer av grupper som är allmänt förekommande inom hälso- och sjukvården. Den första typen av grupper benämner han *klientteam* (asiakastiimi). Dessa team består av en rad människor som arbetar för att tillhandahålla service åt en viss klient vid en given tid. De här människorna känner inte nödvändigtvis till varandra från tidigare men de har som en gemensam målsättning att hjälpa denna klient inom ramen för den specifika gruppen. Det är också vanligt att man inom dylika team, utser en ansvarsperson som skall se till att servicen blir förverkligad i praktiken utgående från det som blir överenskommet.

Den andra typen av grupper består av ett *nätverkssamarbete* och är till sin utformning mera bestående. Gruppens syfte är ofta att vägleda klienterna och att inom nätverket begrunda hur man hittar den bästa hjälpen och lösningen för var och en. Exempelvis kan man inom gruppen diskutera nya klienter och till vem man kan skicka vidare dessa för att de skall få de "rätta" serviceformerna. Den tredje typen av grupper är *officiella team*, vars medlemmar ofta träffas för att kunna organisera hela klientgruppers behov och utföra bedömningar samt koordinera det egna arbetet utgående från detta. Grupperna består ofta av förutbestämda representanter för olika yrkesgrupper och man har en uttalad ledare. Dessa grupper uppfattas vanligtvis som byråkratiska där gruppmedlemmarna har givna roller och överenskomna modeller för förverkligande av riktlinjer samt beslut.

Payne (2000, 3-4) anser att multiprofessionella grupper inom öppna vården bör verka som *öppna teamarbeten*. Med det menar han att grupperna som är representerade av olika professioner inte kan vara fokuserade enbart på relationerna mellan gruppmedlemmarna. Goda förhållanden mellan gruppmedlemmarna är givetvis en utgångspunkt för att man skall kunna uppnå ett gott samarbete men Payne betonar även vikten av *nätverkstänkande*. De multiprofessionella grupperna bör kunna se bortom de egna grupperna och även tillgodogöra sig de kringliggande, mera utbredda nätverkena. Man bör kunna använda sig av dessa på ett

ömsesidigt sätt. Det här åstadkoms genom att man strävar till att bilda ett fungerande servicenätverk kring varje enskild person.

Inom åldringsvården verkar tanken med multiprofessionella grupper ha förverkligats mest långtgående inom det praktiska arbetet. Genom en bättre koordinering av personalens insatser inom åldringsvården, vill man överkomma de uppspjälkta och sektorbaserade arbetssätten. Man strävar till att uppnå framförallt högre effektivitet och ett mera systematiskt arbetssätt som kan förbättra hela arbetsprocesser, förkorta vårdköerna, möjliggöra rätt slags vårdinsats vid rätt tid, intensifiera samarbetet och slutligen höja kvaliteten på arbetet (Rintala m.fl., 1997, 94-95)

### **3.4 Roller inom multiprofessionella grupper**

Isoherranen, Rekola & Nurminen (2008, 94-95) påpekar att *rollbegreppet* är också viktigt vid diskussioner om multiprofessionellt samarbete eftersom man betonar en gränsöverskridning beträffande roller. Sålunda är det viktigt att identifiera hur roller uppstår, vad de kan stå för och hur omformbara dessa är med tanke på att utveckla en grupps arbete. Vanligtvis kan man skilja mellan en *officiell* och *inofficiell roll*. Den officiella rollen utmärks ofta av expertrollen inom en grupp såsom läkare, sjuksköterska, psykolog, fysioterapeut osv. Gruppen kan även anvisa någon en officiell roll såsom sekreterare eller ordförande. Den inofficiella rollen består i sin tur av personlighetsdrag och sätt att uppträda inom gruppen. Ibland kan det vara så att man inte kommer vidare i en grupps arbete p.g.a. att de olika personligheterna inte kommer överens sinsemellan.

Nilsson (1993, 50-53) förklarar att inom alla grupper där det förekommer ett samspel mellan två eller flera individer utvecklas en struktur, dvs. ett mönster av roller, normer och relationer mellan gruppmedlemmarna. Våra *sociala roller* i en grupsituation påminner om en teaterroll. Men den förstnämnda är mera införlivad med vem vi är som person, vårt beteende, våra tankemönster osv. Till de sociala rollerna hör också en rad förväntningar på hur det är passande att bete sig vid en specifik situation. Nilsson fortsätter med att beskriva att inom grupper ställs vi inför och tar till oss mer eller mindre färdiga roller. Rollerna förmedlar en

bild av oss till de andra och blir till etiketter som vi sätter på oss själva. Dessa behövs för att det sociala samspelet skall fungera smidigt. Genom de roller som vi innehar kan vi förstå vad som förväntas av oss inom grupperna och man kan sålunda anpassa sitt eget beteende efter detta.

Men en fara är ifall det uppstår *rollkonflikter*. Dessa kan uppstå när de olika rollerna är diffusa eller om dess gränser är otydliga. Någon gruppmedlem kan få för många uppgifter i sin roll och blir sålunda överbelastad. Vid multiprofessionellt samarbete är det ändå viktigt att i början definiera uppgiftsrollerna inom gruppen utgående från var och ens specialkunnande. På så vis hoppas man kunna uppnå bästa möjliga resultat när alla kan utgå från sin egen expertisroll. Men det förutsätter ju också att man är öppen för olika tolkningar och kan sätta sig in i andras synvinklar. Sålunda är det inte heller önskvärt att rollerna är bestående på så vis att de inte skulle innehålla en möjlighet till andra tolkningar. (Isoherranen, Rekola & Nurminen, 2008, 95-97)

Man kan också skilja mellan *uppgiftsroller* och *samspelsroller*. Rollfunktionerna inom gruppen kan ha och göra med gruppens mål och uppgift eller med gruppens samspel och relationer. Här avses att denna identifiering av rollfunktioner syftar till att förklara en tendens för en person att bete sig på ett visst sätt inom en viss grupp. Det här kan leda till mera fasta roller, som man tar med sig från en gruppsituation till en annan. Men här bör man komma ihåg att det handlar mera om att identifiera rollfunktioner inom en grupp. Den roll man har inom en viss grupp innehas för att få just den gruppen att fungera på ett smidigt sätt. Men i en annan grupp kan man ta sig an en annan pasande roll för gruppens verksamhet. Det här har kopplingar till det som beskrevs i underkapitlet 3.1 dvs. om förmågan att ha en mångexpertis. Med det avse att man kan skifta mellan olika behov av expertis inom olika typer av grupper. (Nilsson, 1993, 52)

Till sist angående rollernas betydelse, konstaterar Isoherranen, Rekola & Nurminen (2008, 95) att ett multiprofessionellt samarbete fungerar bäst när rollerna är tillräckligt tydliga och förenliga mellan gruppmedlemmarna. Men alla roller är inte lika uppskattade och innehåller således olika slags status. Statusen har ofta och göra med utbildningsbakgrunden och hurudan

vetenskap man representerar. Sålunda ser man också här hur många olika aspekter det finns som inverkar på möjligheterna till ett lyckat multiprofessionellt samarbete.

### **3.5 Språket och växelverkan inom grupper**

Om man granskar de multiprofessionella gruppernas verksamhet så är en väsentlig del hurudan växelverkan och närmare bestämt kommunikation som förs bland medlemmarna. Sanna Pellinen (1996, 129-135) utförde en studie år 1995 inom hälsovården kring de multiprofessionella arbetsgrupperna och speciellt kring "det gemensamma språkets" betydelse för samarbetet. Det här har undersökts tidigare i många sammanhang. Man har kretsat kring de samma temana och vikten av att finna ett gemensamt språk som kan användas av alla gruppmedlemmar för att möjliggöra ett lyckat samarbete.

Det som var intressant gällande resultaten från Pellinens studie (1996, 130-135) var att en viktig förutsättning för att olika yrkesgrupper skall kunna diskutera kring gemensamma klientproblem, är just insikten att man använder sig av olika språk. Pellinen konstaterade att det fanns en klar uppdelning inom grupperna mellan "de mjukas" dvs. hälsovårdarnas och socialarbetarnas sätt att kommunicera samt "de traditionellas" dvs. läkarnas sätt att framföra synpunkter på. Man använde sig av olika typer termer sinsemellan som var typiska för de olika yrkesgrupperna. Utgående från denna insikt blev samarbetet inom grupperna mest frågan om en maktkamp.

Som socialarbetare upplevde Pellinen att hennes synsätt var annorlunda i jämförelse med de andras. Men när Pellinen konstaterade att man kan tänka om gällande förutsättningar för samarbete, så insåg hon att det gäller att godkänna att det finns olikheter beträffande synsätten. Om man kan godkänna olikheterna, finns det också en möjlighet att bättre förstå de andra och närma sig de övriga inom ramen för de olika förhållningssätten. Sålunda kan gruppens strävan bli att tillsammans bygga upp ett fungerande kommunikationssätt genom att vara villig att ge sig ut i det okända och skaffa sig bättre insikter om de andras synsätt. Pellinen fann att i de grupper där man har lyckats med detta flyter diskussionen på och man

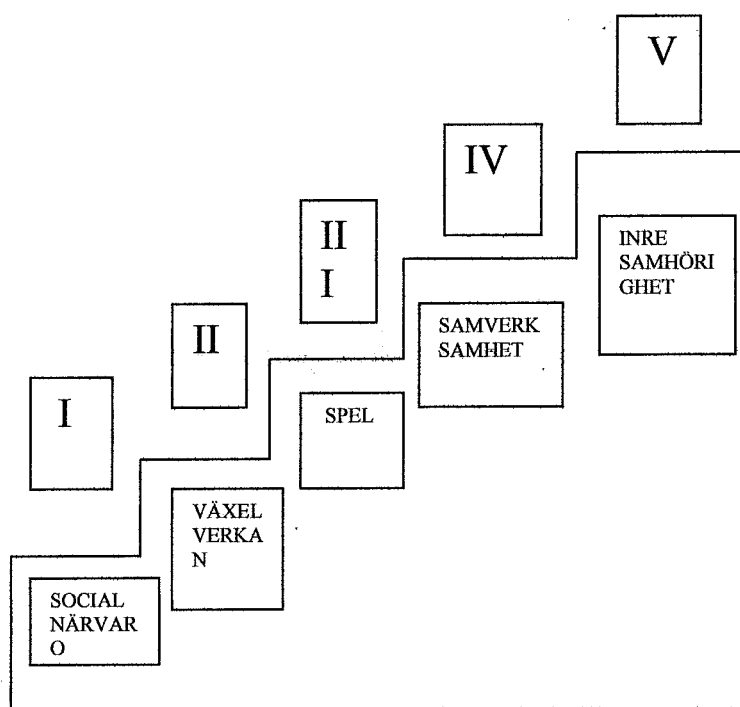
står själv på en trygg bas. Samspelet mellan experterna utmärks av *inbördes uppskattning, behov av stöd, vilja att hjälpa, tacksamhet, förtroende, insikt om den andras arbetstryck, empati och förståelse*. (Pellinen, 1996, 136-137)

Multiprofessionella gruppers *växelverkan* kan också klargöras genom det sociala samspel som förekommer mellan medlemmarna. Det idealiska är att allas röster får komma till tals och att samarbetet fungerar genom en uttalad samverksamhet. Sociologen C.J.Couch (1986) har enligt Mönkkönen (1996, 61; 2007, 108-124) utarbetat en teori om *det sociala samspelets fem olika nivåer*. Den första nivån omfattar en *social närvaro* där personerna är medvetna om varandra men inte agerar på något sätt i förhållande till varandra. Den andra nivån omfattar en *växelverkan* där personerna reagerar på något sätt till varandra och använder tillgodo den information man får av varandra. Denna nivå kan beskrivas såsom att den kommunikation som förs utmärks mera av maktförhållanden och syns i gruppens arbete på så vis att endast en del yrkesgruppers synvinklar tas i beaktande.

Den tredje nivån utmärks av ett *spel* där parterna strävar till samma mål på så vis att alla vill vinna spelet. I sådana här situationer arbetar man inte tillsammans utan man utnyttjar endast den information man får av andra till sin egen fördel. Först inom den fjärde nivån har parterna en gemensam uppgift och denna nivå benämns *samverksamhet*. Samarbetet utmärks av att arbetar man tillsammans eftersom man vill åstadkomma ett så effektivt arbete som möjligt. Den här samarbetsformen är mycket vanlig mellan olika myndigheter. Den kan dock lämna yttlig ifall man endast strävar till att utbyta information om en gemensam klients situation. Den högsta och femte nivån av växelverkan är en samverksamhet som innehåller också någon slags *inre samhörighet* som kan beskrivas med begreppet "vi-känsla" av Weckroth (1988) enligt Mönkkönens beskrivning (1996, 61).

På denna nivå har parterna en inbördes tillit, inom vilken de inte behöver tvivla på varandras avsikter. Ett sådant här förhållande är utmärkande för mycket nära och naturliga mänskliga förhållanden. Men även inom det multiprofessionella samarbetet kan man efter medvetet arbete uppnå denna nivå. Couch nivåer är dock inte något statiskt utan inom grupper kan man växla mellan nivåerna över tid. För att förbättra och utveckla arbetet inom multiprofessionella

grupper vore det således viktigt att kunna identifiera och särskåda gruppens arbete med tanke på de olika nivåerna. Sålunda kan man utläsa ifall medlemmarnas förhållanden vid olika tillfällen utmärks mest av maktbruk, samarbete eller förtrolig samverksamhet. (Mönkkönen, 1996, 61-62)



Mönkkönen (2007, 110) – nivåerna för sociala samspelet. Egen bearbetning.

### 3.6 Dialogens betydelse för gruppens verksamhet

En viktig förutsättning för att samarbetet inom multiprofessionella grupper skall fungera, är själva *dialogen* som förs inom gruppen. Dialogen avspeglar det centrala sättet att kommunicera och socialt interagera med de övriga gruppmedlemmarna. För att dialogen skall vara fungerande bör det tillåtas olika skiftningar och diskussionssätt. Med det menas att gruppen bör kunna tillåta avvikande åsikter samt att var och en får uttrycka sin ståndpunkt. Man bör kunna lyssna och respektera även annorlunda synpunkter samt vara öppen för andra lösningsmodeller än de traditionella. (Isoherranen, 2005, 23-60; 101)



Mönkkönen (1996, 51-52) definierar en dialog som "*en situation där det alltid är närvarande åtminstone två olika parter*". Dessa samverkar i dialogen sinsemellan och strävar till att skapa en gemensam förståelse av det som samtalas kring. Motsatsen till detta är en *monolog*, där endast en part är aktiv. Monologen kan vara vanlig inom mänskliga relationer och där olika experter är inblandade. Exempelvis kan experterna börja utöva sin maktposition och forma växelverkan gentemot klienterna till att bli mycket ensidig. Fastän man i egenskap av en expert, skall utgå från klientnärhet kan det fort bli till tomma ord ifall man inte förstår syftet med växelverkan. Inom dialogen skall man kunna uppnå en ömsesidig utveckling genom att lära av varandra.

Enligt Isoherranen (2005, 25) är det utmärkande med en dialog just att målsättningen är att undersöka ett fenomen tillsammans. Man talar på finska om begreppet *moniäänisyys* som innebär att man tillåter olika synvinklar och sätt att åskådliggöra fenomen sida vid sida. En fungerande dialog i grupsituationer kräver också mycket tålamod, eftersom lösningar sällan hittas direkt. Även den egna synvinkel bör man kunna föra fram på ett öppet sätt som tillåter motsägelser. Ifall man skulle uppnå en fungerande dialog i dess sanna innebörd kunde det vara möjligt att uppnå samförstånd mellan företrädare av olika discipliner såsom medicinsk, psykologisk och social vetenskap.

Liknande funderingar kring dialogens betydelse för kommunikationen har även Arnkil och Seikkula (2005, 16-21; 91) De använder sig av begreppena *dialogism*, *öppna samt förutsägande dialoger* som metoder för utövande av gränsöverskridande multiprofessionellt arbete. Med dialogism avses "*utvecklande av gemensam förståelse under meningsskapande samtal*". Genom att studera dialogismen vid klientsituationer där olika professioner arbetar tillsammans, kan man granska hur dialoger kan vara uppbyggda på ett fungerande sätt. Tanken är att nätverksgruppernas medlemmar skall kunna analysera sina handlingar och identifiera olika sätt för dialogen som kan innebära antingen positiva eller negativa vårdresultat. Man vill sålunda sträva till att åstadkomma en inre dialog hos var och en som möjliggör skiftningar i betraktelsen av problemlösningen. Man talar om *polyfoni*, dvs. att den sociala verkligheten är polyfon; flerstämmig och vid varje interaktionstillfälle finns en rad olika röster närvarande.

Mångfalden i dessa olikheter blir en medveten strategi för hela gruppens arbete. (Arnkil & Seikkula (2005, 94-95).

Mönkkönen (2002, 12-17) har också utfört flera undersökningar om klientarbetet inom social- och hälsovårdsorganisationer och med tanke på just dialogens betydelse för kommunikationen. Hon har belyst både dialogens möjligheter och begränsningar. Utgående från studierna har hon utarbetat tre olika inriktningar för hur olika arbetstagarens växelverkan och kommunikation kan vara uppbyggd; *expertinriktad, klientcentrerad eller dialogiskt orienterad*. Inom en expertinriktad växelverkan är den sakkunnige i en auktoritär position och denna persons synsätt dominerar kommunikationen. Det här anses vara allmänt förekommande inom det sociala området där interaktionen fort kan bli institutionaliserad t.ex. i växelverkan mellan socialarbetare och klient.

I en klientcentrerad växelverkan och situation är fokus å andra sidan lagd på klientens behov. Experten är mera en hjälpare för klienten och dominerar inte som i den förstnämnda. Slutligen i en dialogiskt orienterad växelverkan sker kommunikationen på bådars villkor och fenomen undersöks tillsammans. Tanken med det dialogiska kommunikationssättet är att båda parterna skall vara i ett jämbördes maktförhållande sinsemellan. Dock är klientsituationerna aldrig statiska utan man rör sig mellan de olika inriktningarna beroende på situationen (Mönkkönen 2002, 12-16; Isoherranen 2005, 89).

Enligt Mönkkönen (2002, 54-56) och Isoherranen (2005, 99) har det dialogiskt inriktade kommunikationssättet kritiserats för att den inte kan utövas enbart till följd av en skicklig diskussionsteknik utan man måste kunna implementera en dylik diskussionskultur allmänt inom olika gruppers verksamhet. Det har också framförts att det kan bli för tidskrävande att i alla klientsituationer sträva till att finna en gemensam förståelse och samförstånd mellan medlemmarna. Det klientcentrerade synsättet går inte heller att använda sig av i alla situationer på så vis att man börjar gå med helt och hållet i den andras syn på situationen. Då hjälper man inte klienten att komma till någon ny förståelse kring problemet. Även det expertinriktade synsättet är nödvändigt i vissa situationer för att klienten skall kunna få en ny förståelse för sin situation.

Päivi Vuokila-Oikkonen (2002) har i sin doktorsavhandling studerat samarbetsmötens diskussionssätt på en psykiatrisk akutavdelning. Traditionellt sätt kan vården beskrivas såsom expertinriktad, anstaltscenterad och passiverande av patienten. Vuokila-Oikkonen har i sin studie velat lyfta fram betydelsen av att vårdmötena består av en samverkande verksamhet (finskans yhteistoiminnallisuus) på så vis att makten och ansvaret är delat mellan alla närvarande. Ifall vården och mötesdiskussionerna är inriktade på samverksamhet betonas växelverkan mellan experterna, de anhöriga och klienterna själva på så vis att man har ett demokratiskt språkbruk, öppenhet och jämlikt bemötande som möjliggör en dialog mellan parterna.

Inom denna utgångspunkt för vården har också det multiprofessionella arbetssättet en central plats. Varje expert använder sin specialkunskap för att utbrett kunna svara på patientens behov och arbetar för denna persons eget bästa. Patienten skall också kunna vara själv delaktig i att ta beslut om den egna vården och fortsatta åtgärder. I undersökningen fann Vuokila-Oikkonen att vanligen utmärktes mötesdiskussionerna av att läkaren innehade makt och kontrollerade mötena sålunda att denna styrde diskussionen, delade ut anföranden, avbröt andra och använde sig ofta av en monolog.

Risken med vårdmöten på en dylik avdelning är också enligt Vuokila-Oikkonen att diskussionerna blir för inriktade på en medicinskt uppfattning av människan. I sådana fall förbises många resurser och övriga sociala faktorer samt tillgång till nätverk som är av betydelse för patientens vård. För att man skall kunna möjliggöra en bred syn och en dialogisk diskussion på möten, bör medlemmarna inneha förtroende till varandra. Ifall det behövs en ordförande skall denna namnges och denna skall se till att var och en får berätta sin version som kan vara till nytta för hela gruppens samverksamhet.

## 4. PRECISERING AV SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGARNA

Det övergripande syftet med denna avhandling är att granska socialarbetets roll inom en hälso- och sjukvårdsinriktad miljö. Utgående från mitt forskningsområde har jag formulerat tre frågeställningar för denna avhandling:

- *Vilken roll och funktion har socialarbetet inom en hälso- och sjukvårdsinriktad miljö?*
- *Hurudan syn har man på socialarbetarens ställning och hur tar man tillvara på socialarbetarens expertis inom den undersökta multiprofessionella gruppen?*
- *Hur ser det multiprofessionella samarbetet ut och hurudan växelverkan samt kommunikation förekommer mellan medlemmarna av den multiprofessionella gruppen?*

Avhandlingen är indelad i två olika helheter med en teoretisk och empirisk helhet. I de tidigare kapitlen (1-3) har jag redogjort för den allmänna synen på socialarbetet inom hälso- och sjukvården samt hurudan roll socialarbetaren kan ha inom olika multiprofessionella grupper. Tidigare forskningresultat (Pellinen 1996; Linden 1999; Korkealaakso 2005) påvisar att socialarbetaren är oftast ensam om att lyfta fram den sociala dimensionen av patienters insjuknande och hälsoproblem. Socialarbetaren verkar inom ett medicinskt dominerat arbetsfält och behöver inneha en stor yrkesskicklighet och självkännet för att kunna föra fram sin expertis i olika sammanhang. Det multiprofessionella arbetssättet är allmänt förekommande inom det medikala arbetsfältet men det är svårt att implementera och kräver stora insatser under en längre tid för att kunna lyckas. De olika experterna på detta område behöver inneha ett holistiskt arbetssätt för att man skall kunna betrakta klienternas fall ur olika synvinklar och kunna införliva dessa till en helhet.

Om man går igenom de tre frågeställningarna som jag har ställt upp i det inledande kapitlet, så kretsar den första kring socialarbetets roll och betydelse överlag inom ett hälso- och sjukvårdssammanhang. Jag vill närmare betrakta socialarbetets uppgifter samt utreda hurudan förhållande socialarbetaren vanligtvis har till andra yrkesgrupper dvs. övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Sålunda är jag intresserad av att granska de olika yrkesgruppernas

gränsdragningar och hur socialarbetarens roll uppfattas av de dagliga samarbetsparterna och av socialarbetaren själv.

Med hjälp av den andra frågeställningen vill jag belysa det multiprofessionella samarbetet inom hälso- och sjukvården och specifikt ur socialarbetarens perspektiv som medlem av en viss arbetsgrupp, nämligen FYS-SOC-SAS-gruppen. Här vill jag närmare studera de olika yrkesgruppernas syn på socialarbetets roll. Jag önskar också få veta om hur pass stor kännedom de olika experterna verkade ha om socialarbetarens yrkesskicklighet och vad man anser att denna person kan bidra med till gruppens arbete. Till sist vill jag inom denna frågeställning, även belysa hur den medicinska och sociala synvinkeln av patienternas situation framträder på mötena. Finns det utrymme för att införliva den sociala dimensionen som en naturlig helhet?

Den tredje frågeställningen är en fortsättning på den andra och jag vill med denna mera djupgående klargöra samarbetets natur inom den studerade multiprofessionella gruppen. Min avsikt är att granska hur multiprofessionellt man faktiskt samarbetar enligt vad som framgått från tidigare studier kring dess komponenter. Sålunda vill jag få veta om det verkar finnas ett utbyte av expertis mellan medlemmarna och även hurudan växelverkan samt kommunikation man har inom gruppen.

Som tidigare nämnts finns det mycket forskat på detta område men resultaten visar att fortsättningsvis existerar det problem med att framhäva socialarbetets roll inom hälso- och sjukvården. Därför har jag varit intresserad av att granska detta även i min avhandling. Genom att utföra en fallstudie och koncentrera min undersökning till ett sjukhus, hoppas jag kunna få djupa insikter om hur socialarbetets roll kan uppfattas konkret av socialarbetaren själv och av kollegorna. Med hjälp av denna undersökning vill jag sålunda kunna tillföra en detaljerad studie till det undersökta området. Fallstudien går inte att generaliseras till att gälla allmänt inom social- och hälsovården men förhoppningsvis kan den ändå ge insikter som kan hjälpa socialarbetare när man vill utveckla och förbättra den egna arbetssituationen i ett visst arbetssammanhang.

## 5. UNDERSÖKNINGENS METOD

Här kommer jag att gå över till avhandlingens empiriska del och klargöra hur själva undersökningen har utformats genom olika metodiska val. Jag går igenom valet av angreppssätt, fallstudien som strategi och närvaron på tre multiprofessionella möten. Jag diskuterar även forskarens roll och etiska aspekter av undersökningens genomförande .

### 5.1 Metodiska val

Som forskare är det mycket viktigt att överväga noggrant sina metodiska val vid en planering och utförandet av den empiriska undersökningen. Det är av stor betydelse att man skaffar sig kunskap om olika metoders för- och nackdelar för att man skall kunna lyckas uppnå sina målsättningar och sitt syfte med undersökningen. Sålunda kan man närma sig forskningsproblemet på ett ändamålsenligt sätt och uppnå en så sanningsenlig bild som möjligt av det undersökta fenomenet. (Holme & Solvang, 1991, 11-13)

Angående denna fas av forskningsprocessen är det viktigt att klargöra hurudan undersökning man har tänkt genomföra. Den klassiska indelningen görs mellan *kvalitativa och kvantitativa forskningsansatser* (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 13). Inom litteraturen ses dessa ofta som motsatser till varandra, fastän det betonas att man kan kombinera dessa på olika sätt för att möjliggöra bästa möjliga resultat. Enligt Hirsjärvi & Hurme (2008, 25) förklarar Creswell att det allmänna inom den kvantitativa metoden är att utgå från en *deduktiv process*. Denna kännetecknas av att man börjar från det allmänna, genom att sätta upp vissa hypoteser och från dessa går man sedan mot detaljer och enskilda objekt. Den kvalitativa metoden har däremot en *induktiv riktning* på forskningsprocessen dvs. man går från enskilda fall till att kunna säga något mera generellt om ett fenomen.

Vid valet av angreppssätt är det avgörande enligt Lundahl & Skärvad (1999, 100), vilket syfte forskaren har med sin undersökning. Vid kvalitativ forskning är syftet vanligtvis att beskriva, analysera och förstå ett beteende hos enskilda individer eller grupper utgående från dem

själva. Kvalitativa studier utmärks av att ”forskaren är inte intresserad av hur världen är, utan hur den uppfattas vara”. Den kvantitativa forskningen utgår å andra sidan från en positivistisk syn på det undersökta fenomenet. Denna metod utmärks av att forskaren skall ha kontroll över mätinstrumenten och uppnå avstånd samt selektivitet i förhållande till informationskällan. (Holme & Solvang 1991, 13-14; Lundahl & Skärvad 1999, 147).

Denna avhandling har en *kvalitativ forskningsansats*. Den kvalitativa metoden står för karaktärisering. Med själva ordet ”kvalitativ” avser man kvaliteter dvs. det handlar om att studera egenskaper och framträdande drag hos ett visst fenomen. Vid kvalitativ forskning går man mera in på djupet och studerar ett färre antal forskningsobjekt. Målet för forskaren är att genom en närhet till forskningsobjektet, kunna bilda sig en helhetsbild och finna nyanser hos det undersökta fenomenet. (Repstad, 1999, 9-12) Ett annat kännetecknande drag hos den kvalitativa metoden är dess flexibilitet. Forskaren är inte bunden på samma sätt som i en kvantitativ studie. Under forskningsprocessens gång kan nya problem och frågeställningar dyka upp. Det gör det möjligt att olika faser av forskningsprocessen kan glida in i varandra och ske parallellt. (Repstad, 1999, 9-12)

## **5.2 Fallstudien som strategi**

Man kan vidare också urskilja tre huvudsakliga forskningsstrategier för att samla in informationen på. Dessa är genom en experimentell undersökning, survey-undersökning eller en fallstudie (case-study). I denna undersökning har jag valt att utföra en *fallstudie*. Kännetecknande för en fallstudie är att undersökningen blir koncentrerad till en viss person, grupp eller ett visst sammanhang. Detaljerad information samlas in för att mångsidigt kunna belysa forskningsämnet genom att man använder sig av en rad olika insamlingsmetoder (Robson, 1993, 40). Fallstudiens fördelar anses vara att dess resultat ger ett beskrivande material som också möjliggör alternativa tolkningar. Man vill belysa sociala förhållanden med dessa komplexitet och djup. Fallstudien utgör också en jordnära undersökning, eftersom den grundar sig på forskarens erfarenheter av det som samlas in. Sålunda möjliggör den också en naturlig grund för vissa generaliseringar. Frågan som bör ställas vid fallstudiens slut är: vad kan man lära sig av detta fall? (Metsämuuronen, 2006, 90-91).

I min empiriska undersökning har jag utgått från fallstudien som undersökningsstrategi. Fallstudien var förlagd till ett specifikt stadssjukhus som jag hade strategiskt valt ut. Jag ansåg att fallstudien var en lämplig metod eftersom jag är intresserad av att undersöka socialarbetets roll i en viss miljö, nämligen inom hälso- och sjukvården. Jag ville få en djup och helhetsmässig bild av hur socialarbetarens arbete och roll kan upplevas i en viss kontext. Det ansåg jag att jag kan bäst uppnå genom att koncentrera undersökningen till en specifik arbetsplats. Här kan jag studera hur socialarbetarens arbetsfält ser ut och hur dess expertis kommer fram i det dagliga samarbetet med andra yrkeskategorier.

Fallstudien bestod av två olika delar. Först utförde jag fyra temaintervjuer skilt med en socialarbetare, läkare, sjuksköterska och gruppsjuksköterska. Efter detta moment var jag också närvarande vid tre multiprofessionella möten som hölls på en avdelning. Alla de intervjuade är medlemmar av arbetsgruppen och även två fysioterapeuter ingår. Härnäst går jag mera in på att beskriva de två olika insamlingsmetoderna för undersökningsmaterialet: temaintervjun och närvaron vid mötesdiskussionerna.

### **5.3 Temaintervjun**

*Temaintervjun* har flitigt används inom den kvalitativa forskningsansatsen. Enligt Hirsjärvi & Hurme (2000, 202-205) kan man urskilja tre olika intervjutyper. En *strukturerad intervju* utförs med hjälp av ett formulär där frågorna, dess ordning och sättet att ställa dem på är förutbestämt. En öppen eller *ostrukturerad intervju* utmärks av att intervjun inte utgår från någon bestämd ram för hur frågorna skall ställas. Den är sålunda mycket flexibel, krävande och liknar mest en vanlig diskussion. Den tredje intervjuformen, temaintervjun, är en *halvstrukturerad intervjuform*.

En temaintervju fokuserar enligt Hirsjärvi & Hurme (2000, 47-48, 66) på vissa teman som diskuteras under intervjun. Denna intervjuform lämpar sig för forskningsområden där människors individuella upplevelser och vardagserfarenheter av ett fenomen står i fokus. Utformningen av temaintervjun uppstår vanligtvis ur en forskares förhandsuppfattning och analys kring ett aktuellt ämne. Utgående från den teori som har studerats, kan forskaren sedan



formulera centrala teman som bör ingå vid en senare undersökning och intervjusituation. Det här ligger sedan till grund för att forskaren med hjälp av sin undersökning skall kunna få en ökad kännedom om ett visst fenomen.

Jag valde att utföra temaintervjuer i min undersökning eftersom jag upplevde att denna passade bra med tanke på mina frågeställningar. Som Hirsjavi & Hurme (2000, 47-48, 66) beskriver är temaintervjun en mjuk och flexibel intervjumetod. Den innehåller vanligtvis inte specifika frågor utan det centrala är att intervjun kretsar kring ett antal teman som har angetts vid utformningen av intervjuguiden. Således är intervjun inte bunden till en strikt struktur eller en viss grad av djuphet, utan det är upp till forskaren själv att utforma intervjun enligt vad som passar bäst. Det viktiga gällande temaintervjun är sålunda att intervjupersonerna, inom de givna temaområdena, får fritt uttrycka sig och att växelverkan mellan intervjuaren och svararen framskrider på ett smidigt sätt. I mitt fall, utformade jag utgående från de inledande tre frågeställningarna, en intervjuguide som innehöll fyra temaområden. Dessa presenteras närmare i nästa kapitel.

Det väsentliga med en kvalitativ intervju är att intervjuaren kan förstå innebörden av vad respondenten säger. Det är tänkt att intervjuaren skall kunna *"tolka meningen i det som sägs och hur det sägs"*. Forskaren skall även vara öppen för nya och oväntade utsagor. På sås vis kan intervjun även leda till nya slags insikter om ett fenomen. (Kvale, 1997, 9-13; 34-36)

## **5.4 Forskarens deltagande i det undersökta fältet**

Den andra delen av fallstudien bestod av att jag som forskare närvarade vid tre möten som hölls av en multiprofessionell grupp, FYS-SOC-SAS-gruppen, på en bestämd sjukhusavdelning. Denna grupp sammanträder ca 1 gång i veckan. Gruppen består av en socialarbetare eller SAS-sjuksköterska, läkare, 2 gruppsjuksköterskor och fysioterapeuter. Jag ville närvara vid dessa möten för att kunna få en djupare uppfattning om socialarbets roll på dessa möten. Vid temaintervjuerna kan de intervjuade allmänt berätta om denna grupps syfte och arbete samt hurudan roll socialarbetaren har. Men jag ville även granska i praktiken hur socialarbetet framträder på dessa möten och hur samarbetet fungerar. Därför ville jag också

fysiskt vara närvarande och på så vis få bandat in alla diskussionerna mellan de olika experterna. Det inbandade materialet från diskussionerna blev sedan det andra huvudmaterialet, förutom temaintervjuerna, som kom att analyseras utgående från forskningsfrågorna.

Man kan sålunda konstatera att denna undersökning har också drag av *ett etnografiskt angreppssätt*. Etnografin kännetecknas av att forskaren genom en deltagande observation vill förstå och analysera den grupp eller det samhälle som undersöks. Denna är allmänt förekommande inom antropologin som går ut på att forskaren placerar sig själv på undersökningsfältet för att kunna få förståelse för en viss kulturs handlingsätt. Etnografin anses också vara tillämpbar just på ett sjukhus där man vill beskriva och förstå en viss verksamhets funktion, sätt att verka och hur denna organiseras. Forskaren kan här t.ex. observera och banta in material från specifika mötessituationer eller samtala med de undersökta personerna. Sålunda kan man bilda sig en mångsidig uppfattning om det som man har utgått från att studera. (Metsämuuronen, 2006, 94-95)

När en forskare träder in på det undersökta fältet kan deltagandet ha olika karaktär och syfte. Enligt Robson (1993, 190-199) kan man skilja mellan två huvudtyper för observationen. En *deltagande observation* kännetecknas av kvalitativa angreppssätt medan en *strukturerad observation* följer mera kvantitativa analysmetoder. I den förstnämnda vill forskaren närma sig den undersökta gruppen genom att bli någons slags medlem av denna. Utgående från det här önskar forskaren få större insikter om gruppens sociala och symboliska värld. Här finns dock en stor fara för subjektivitet och hur man skall kunna samla in material som kan anses vara objektivt. Den strukturerade observationen går ut på att man på förhand har valt ut vad man skall rikta fokus på under observationen, t.ex. genom att göra upp ett kodat schema för det som analyseras.

Angående min närvaro och observation av gruppens arbete vill jag påpeka att denna utgör endast ett komplement till insamlingen av det inbandade materialet. Avsikten med min närvaro vid dessa möten är främst att kunna banta in medlemmarnas diskussion. Vid den senare analysen av allt insamlingsmaterial, vill jag granska ifall det inbandade materialet från

dessa mötesdiskussioner verkar stämma överens med det som har sagts tidigare i de individuella intervjuerna. Det är t.ex. en sak att uttrycka att socialarbetaren har en viktig roll på mötena och man har ett fungerande samarbete. Men sedan i konkreta situationer kan diskussionerna ge en annan bild av verkligheten.

Sålunda följde närvaron och observationen inte något visst kodat schema för vad som observerades utan denna ingick som en naturlig del sålunda att forskaren deltog som en lyssnare på de tre mötena. Men genom min fysiska närvaro fick jag också en inblick i hur utrymmena är ordnade med tanke på mötena och betrakta allmänt hur medlemmarna förhåller sig till varandra. Man bör dock komma ihåg att forskarens roll skall som observerare vara så minimal som möjligt för att inte inverka på det som sker i grupperna. Man bör vara medveten om riskerna med "*observer-effect*" dvs. att forskarens närvaro har en inverkan på själva beteendet. Man kan inte vara säker på att gruppens arbete skulle ha sett likadan ut ifall forskaren inte skulle ha varit närvarande (Robson, 1993, 208-209).

## 5.5 Forskarens roll och etiska principer

Vid den kvalitativa forskningen är forskarens närhet till forskningsobjektena stor. Därför är det viktigt att man som forskare kan hantera sitt förhållande till deltagarna i undersökningen. Ett sätt att ta itu med de problem som kan uppstå är naturligtvis att man är medveten om potentiella risker. Något som påtalas allmänt i metodböcker handlar om de förkunskaper som forskaren har gällande det fenomen som undersöks. Allt man stöter på under forskningens gång kommer att tolkas och analyseras utgående från en viss förföreställning som man innehar. (Holme & Solvang, 1991, 108)

Vid intervjusituationer ställs man också inför många känsliga aspekter. Man bör vara noga med att bygga upp en tillit och ett förtroende till de som skall intervjuas. Först och främst måste man se till att få deras samtycke till deltagandet i undersökningen. Denna bör grunda sig på en tillräcklig information om undersökningens syfte och hur man kommer att rapportera respondenternas svar. Vid intervjusituationen betonas också betydelsen av tystnadsplikt och man skall respektera intervjupersonens integritet. (Hirsjärvi & Hurme, 1997, 24-25)

Vid all forskning ställs man inför etiska dilemman. De etiska frågorna följer med under hela undersökningens process. Enligt Kvale (1997, 104) kan man beskriva "en intervjuundersökning som ett moraliskt företag". Enligt Eskola & Suoranta (1998, 59) finns det inga enkla och klara lösningar av de etiska dilemmana. Det gäller att kunna identifiera dessa på förhand och ta itu med dem. För att kunna göra detta krävs att man innehar en stor yrkesskicklighet och yrkesetik. Vid intervjusituationer är det centralt att forskaren så långt som möjligt gå in för rollen att vara en intresserad och objektiv lyssnare. (Holme & Solvang, 1991, 108)

Begreppen *reliabilitet* och *validitet* används för att åskådliggöra hur forskaren strävar till att säkerställa att det som undersöks kan anses motsvara så långt som möjligt verkligheten. Reliabilitet förklaras med begreppet tillförlitlighet dvs. att en mätning är stabil och att denna inte är utsatt för någon form av slumpmässigt inflytande. Reliabilitet förknippas oftast med kvantitativa metoder. Validitet å andra sidan är mera relevant när det gäller kvalitativa undersökningar. Med validitet avses i vilken utsträckning den metod som man använder mäter vad den är avsedd att mäta. Validitet står därmed för en kvalitetskontroll som bör genomföras under hela undersökningens gång. (Kvale 1997, 213-215; Trost 1993, 66-67)

Gällande validiteten kan man också skilja mellan inre och yttre validitet. Med inre validitet avser man att ett mätinstrument såsom temaintervjun är formad så att den faktiskt mäter det som det är tänkt. Den yttre validiteten handlar om att man bör vara medveten om att de uppgifter som ges av respondenterna inte alltid behöver vara valida. Man kan minnas fel, ljuga eller missförstå frågor. Sålunda bör man känna till validitetens betydelse vid planeringen av undersökningen. Man bör se till att den ram som ligger till grund för utformningen av intervjuguiden är relevant. Med det avses att man har studerat omfattande tidigare material som finns på ämnet och via dessa forskningsinsikter och resultat sedan har utformat den teoretiska referensramen. Utgående från denna har sedan de olika temana utkristalliserats och undersökningen kan på så sätt anses utforska det som det är tänkt att den skall göra. (Lundahl & Skärvad, 1999, 87-89)

En viktig aspekt gällande temaintervjuerna och graden av validitet, är också att kvaliteten på den ursprungliga intervjun har en avgörande betydelse för den senare analysen och rapporteringen. Det avgörande är inte heller kvantiteten dvs. antalet intervjuer som utförts. Det är bättre att analysera grundligare ett färre antal intervjuer eftersom ett stort antal intervjuer kan fort ge ett överskådligt material. Forskaren kan då riskera att missa betydelsefulla iakttagelser. (Kvale, 1997, 110; 134)

Angående den egna forskarrollen, vill jag ännu påpeka att denna pro gradu avhandling har gjorts ur ett socialarbetarperspektiv. Sålunda har mitt syfte varit att lyfta fram specifikt socialarbetets roll och synvinkel. Jag är medveten om att denna kan upplevas ensidig och subjektiv. Jag studerar och arbetar själv som socialarbetare. Det är dock p.g.a mitt yrkesmässiga val som jag har ett genuint intresse för att belysa ämnet. Jag har velat få en större insikt i hur socialarbetare kan uppfatta sin arbetsomgivning inom ett specialfält som hälso- och sjukvårdsmiljön innebär. Jag vill dock påpeka att jag är medveten om min position och jag är mån om att ha i baktanken de etiska principerna vid utförandet av undersökningens olika faser.

## 6. UNDERSÖKNINGENS SAMPEL OCH METOD FÖR ANALYSEN

I detta kapitel redogör jag närmare för undersökningens sampel dvs. hur stort urval jag har haft och hur deltagarna till undersökningen har valts ut. Jag beskriver hur temaintervjuerna har utformats utgående från de teman som har varit i fokus och hur jag kommer att analysera svaren. Även mötesdiskussionernas uppläggning och analysmetod beskrivs.

### 6.1 Urval av respondenter

Jag har som tidigare nämnts, valt att utföra en fallstudie av det undersökta området. Angående undersökningens sampel så har denna bestått att *ett specifikt stadssjukhus* som har strategiskt valts ut. Vid ett strategiskt urval väljer man ut ett antal variabler eller karakteristika som har teoretisk betydelse. Exempel på olika variabler som har teoretiskt relevans är kön, ålder och utbildning. Det strategiska urvalet hör inte till de slumpmässiga urvalsmetoderna. Denna typ av urval lämpar sig vid små urval som ofta just kännetecknar kvalitativa undersökningar. Det viktiga är kvaliteten på det som undersöks och inte mängden. Inom dylika urval är det viktigt att forskaren har byggt upp en starkt teoretisk bas som leder forskaren vid valet av undersökningsobjekt. Det är också av stor betydelse att urvalet görs på ett sådant sätt att det uppfyller sitt syfte och att man via urvalet kan anses få ett ändamålsenligt sampel. (Eskola & Suoranta 1998, 18; Trost 1993, 70-71; Trost 2001, 32-33)

Jag har velat begränsa min undersökning till ett ställe som är naturligt när man använder sig av en fallstudie. Genom att fokusera på ett enda sjukhus ville jag kunna forma min studie på ett detaljerat sätt och använda mig av två olika insamlingsmetoder; utföra temaintervjuer med företrädare av olika yrkesgrupper och närvara vid en multiprofessionell grupps möten. På så vis ville jag också öka tillförlitligheten på min undersökning. Eftersom jag var intresserad av socialarbetarens roll inom specifikt ett hälso- och sjukvårdssammanhang, så var ett naturligt val just att undersökningen utfördes bland personal som arbetar på ett visst sjukhus där samarbetet mellan olika yrkesgrupper hör till vardagen.

Gällande ett lämpligt urval, föll valet på ett särskilt stadssjukhus, där jag fick reda på vilka som sköter om socialarbetaruppgifterna. Jag fick också vetskap om ett multiprofessionellt team som är bildat på en av akutavdelningarna. Jag tog först kontakt till en av socialarbetarna som arbetar på det här stadssjukhuset. Efter att jag hade fått ett första klartecken från socialarbetaren, anhöll jag officiellt om undersökningstillstånd av chefen för hela enheten. Detta beviljades i rask takt och efter det valde jag ut de övriga deltagarna till undersökningen. Dessa valdes ut efter samtal med den utvalda socialarbetaren. Hon berättade vilka andra som var medlemmar av den multiprofessionella gruppen, som blev en delfokus för min fallstudie. Sålunda beslutade jag mig för att inkludera just medlemmarna av den multiprofessionella gruppen FYS-SOC-SAS i min fallstudie.

Jag vill här också förtydliga fysioterapeuternas roll. I min teoridel har jag inte behandlat fysioterapins del som en skild helhet likt socialarbetet, läkarens, SAS-sjuksköterskans och gruppssjuksköterskans arbete. Min avsikt med denna avhandling har nämligen inte varit att studera fysioterapins dimension, därav har jag inte utfört en enskild intervju med fysioterapeuterna till denna empiriska undersökning. Min målsättning har varit att studera socialarbetarens, läkarens och sjuksköterskans roller och inbördes arbete i bl.a. FYS-SOC-SAS-mötena. Sålunda vill jag inte på något sätt förringa fysioterapins betydelse för helheten men jag har upplevt att jag har ändå varit tvungen att avgränsa mitt fokus för avhandlingen och därmed har jag lämnat fysioterapin utanför denna studie.

Jag är också mycket mån om att bevara deltagarnas anonymitet. De anställda på det utvalda sjukhuset kan lätthänt identifieras ifall sjukhusets namn framgår av undersökningen. Utgående från konfidentialitetsprincipen, egna överväganden och efter diskussion med några av de inblandade i undersökningen, har jag beslutat att lämna bort namnet på sjukhuset för att undvika igenkännandet av någon enskild person.

Det strategiska urvalet kan kritiseras för att det inte kan tillförlitligt anses ge uppgifter som kan generaliseras till hela populationen. Dock kan denna urvalsmetod försvaras samt motiveras med den utgångspunkt att forskaren är intresserad av att kunna generalisera i viss utsträckning till olika tanke kategorier och möjliga tolkningar av världen. Via dylika studier undersöker man

således förekomsten av olika sätt att se på världen. Men det viktiga är inte hur många människor som tolkar världen på ett visst sätt. Man kan även argumentera för denna metod genom att klargöra att man gör inte anspråk på att ha undersökt fenomenet uttömmande utan man har istället tillfört forskningen på detta område en djupgående empirisk forskning gällande vissa objekts syn på fenomenet. Men sålunda behövs mera omfattande och snarlika studier för att man skall kunna säga något mera exakt om hela forskningsområdet. (Esaiasson m.fl. 2003, 185-186)

Min avsikt är inte att kunna dra generella slutsatser om socialarbetarens roll inom hälso- och sjukvården och i en multiprofessionell kontext. Denna studie är för begränsad för att man skall kunna dra några statistiska slutsatser om hela populationen på området. Dock vill jag med hjälp av en mera djupgående analys i form av en fallstudie, kunna beskriva och kartlägga hur socialarbetarens roll *kan uppfattas på ett sjukhus bland många andra*. Det intressanta ligger sedan i att kunna reflektera kring hur nära verkligheten man kan anses ha träffat med denna studie av ett enda fall.

## **6.2 Beskrivning av materialinsamlingsfasen**

Efter att deltagarna till undersökningen var utvalda, tog jag kontakt till dessa per telefon eller e-post och kom överens om plats för intervjun. Jag började med att utföra temaintervjuerna och efter dessa avtalades när jag kunde närvara vid de tre multiprofessionella mötena. Den empiriska undersökningen förverkligades till största delen under maj månad 2008. En temaintervju utfördes dock i juli av praktiska skäl. Sålunda sträckte sig själva perioden för insamlingsmaterialet över 1 månad.

Om jag först redogör för temaintervjuernas uppläggning, så utfördes temaintervjuerna med socialarbetaren och SAS-sjuksköterskan i deras egna arbetsrum. Läkaren och gruppsjuksköterskan intervjuades på avdelningen i ett skilt arbetsrum. Temaintervjuerna räckte från ca 35 till 55 minuter. Alla gav sin tillåtelse till att jag bandade in deras svar. Det faktum att allt som respondenterna säger spelas in på band, kan upplevas hämmande. Men jag ansåg ändå att fördelarna med att få inbandat material övervägde klart eventuella nackdelar.



Utan inbandat material skulle det vara näst in till omöjligt att kunna återge för allas svar på ett grundligt sätt. I sådana fall skulle det kunna lämna flera frågor obesvarade. Det skulle också i sin tur minska avsevärt på undersökningens reliabilitet och validitet.

Till en början hade jag ett par uppmjukningsfrågor för att få intervjupersonerna att slappna av. Dessa frågor behandlade främst deras bakgrund, utbildning och nuvarande arbetssituation. De här frågorna ville jag också att skulle göra dem mera medvetna om sin egen yrkesroll och får dem att börja reflektera mera djupgående kring det egna arbetet. Deras arbeten är mycket stressande och de är vana vid att ha ett högt tempo på när de arbetar. De har troligtvis sällan möjlighet att riktigt stanna upp och kunna granska sin egen arbetssituation lite mera djupgående.

Efter de inledande frågorna gick jag över till de givna temaområdena. Jag upplevde att intervjupersonerna förstod bra mina frågor och många gånger fick jag också svar på frågor redan innan jag hann ställa dem själv. Ett önskemål jag hade med tanke på frågeställningarna, var att intervjupersonerna skulle ha mera än 5 års arbetserfarenhet. Det här upplevde jag att var viktigt för att respondenterna skall kunna reflektera över sitt arbete även under en längre tidsperiod. Jag hade också bestämt mig för att skicka på förhand ut en kort beskrivning åt intervjupersonerna över de olika temaområdena för intervjun. Det här ansåg jag att var nödvändigt för att de skulle kunna i förväg fundera i lugn och ro på de bestämda temana och vilka slags tankar dessa väckte hos dem.

Enligt min mening var det här befogat för att jag skulle kunna få så uttömmande svar som möjligt på mina teman. Angående en intervju, som utfördes i ett senare skede, presenterade jag kortfattat temaområdena före intervjuns början. Man bör ju vara medveten om hurudan information man ger ut på förhand åt de blivande respondenterna för att inte ge en överhängande förföreställning om ämnet. Men i det här fallena ansåg jag att det inte fanns någon risk för det.

*Den andra delen av fallstudien* omfattade att jag närvarade vid tre FYS-SOC-SAS-möten på en akutavdelning. De multiprofessionella mötena (FYS-SOC-SAS-gruppen), som jag deltog i

räckte från 1 timme och 10 minuter till 1 timme och 30 minuter. Gruppen bestod vid alla tre tillfällena av socialarbetaren, läkaren, gruppssjuksköterskorna (medverkade på ca halva mötet var) och två fysioterapeuter. Vid ett möte deltog också en läkarstuderande som skulle arbeta under den kommande sommaren på avdelningen. Mötena hölls i ett och samma rum på avdelningen där läkaren satt vid ett arbetsbord med datorn som hjälpmedel vid genomgången av patienterna. De övriga satt på stolar i en cirkel och hade papper och penna med sig för att kunna göra anteckningar. Det kan ha varit en slump, men under alla tre mötena som jag deltog, i satt alla på samma platser i rummet. Bandspelaren hade jag placerat på en liten stol i mitten av cirkeln och jag satt själv i ena utkanten av cirkeln. Mötesdiskussionerna gick på finska.

Mötena drogs av läkaren. Han förklarade i vilken ända av avdelningen man skulle börja med genomgången och i vilket patientrum. Sedan sade han högt namnet på den patient som man skulle diskutera kring. Han gick över till nästa patient när han ansåg att det var lämpligt. När man hade gått igenom ena ändan av avdelningen på 15 patienter, böts gruppssjuksköterskan ut till den som hade ansvar för den andra ändans patienter. Gruppssjuksköterskorna och fysioterapeuterna hade traditionella sjukhusarbetskläder på sig. Läkaren hade på sig sin arbetsrock över vanlig klädsel och socialarbetaren hade ingen speciell arbetsrock på sig.

### **6.3 Analyismetod för temaintervjuerna**

Den första delen av fallstudien bestod av fyra temaintervjuer. I början av avhandlingen hade jag ställt upp tre frågeställningar för undersökningen. Utgående från dessa hade jag sammanställt en ram för temaintervjun som kom att bli min intervjuguide. Intervjuguiden bestod av fyra olika temaområden som intervjuerna kretsade kring. Det första temaområdet behandlade *intervjupersonernas arbetssituation och arbetsuppgifter*. Det andra temat, *FYS-SOC-SAS-gruppen*, har behandlat förekomsten av multiprofessionella grupper och specifikt den multiprofessionella FYS-SOC-SAS-gruppens verksamhet som existerar på avdelningen. Denna gruppens verksamhet har belysts för att man skall kunna få en bild av socialarbetets roll inom denna och överlag hur gruppen fungerar och vad dess syfte är. Det tredje temat behandlade *synen på multiprofessionellt samarbete och socialarbetets roll*. Här har många

frågor kretsar yrkesgruppernas samarbete och vad man anser att är varje gruppledars roll på dessa möten. Det fjärde och sista temaområdet har mera ingående behandlat olika dimensioner av *kommunikationen inom FYS-SOC-SAS-gruppen*.

Det framgår av metodböcker att det finns inget tydligt svar på när exakt en analys påbörjas. Inom den kvalitativa forskningen är det vanligt att analysen av materialet sker parallellt vid olika faser av undersökningen. Allmänna rekommendationer säger ändå att en bearbetning av materialet och dess analys skall påbörjas så fort som möjligt efter insamlingsperioden eller fältskedet av undersökningen. Enligt Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2008) utmärks ett *förståelseinriktat* närme-sätt av att man utgår ofta från kvalitativa analyser och slutsatser. De vanligaste sätten för att analysera ett kvalitativt undersökningsmaterial är med hjälp av en *diskurs- och diskussionsanalys, innehållsanalys, tematisering, typifiering eller grounded theory metod*.

Jag har valt att utgå från Hirsjärvis & Hurmes (2000, 142; 173) sätt att analysera undersökningsmaterialet enligt en *tematisering*. Inom denna utgår man från att granska framträdande drag från det insamlade materialet som är gemensamma för flera intervjuade. Dessa drag kan grunda sig på de teman som har angivits och man bör också förvänta sig att dessa kan identifieras ur det som sägs av de intervjuade. Det är också vanligt att det framkommer andra teman än de som har angetts och dessa kan ofta vara intressantare och ge värdefulla insikter om forskningsområdet överlag.

Min analysmetod har också drag av *innehållsanalysen*. Enligt Graneheim & Lundman (2004) utgående från Wikipedias definition, kan innehållsanalysen som metod bestå av olika abstraktionsnivåer och man utgår från att analysera det latenta innehållet av materialet sålunda att forskaren gör en tolkning av det som har sagts av deltagarna. Innehållsanalysen kan i praktiken gå till på olika sätt men vanligtvis börjar den med att man läser igenom hela texten flera gånger för att man skall få en känsla för helheten. Sedan plockar man ut relevanta meningar eller fraser som har betydelse för frågeställningarna. Dessa kan sedan kodas under teman tillsammans med den kringliggande texten och på så vis kan man få en helhetstolkning av undersökningsmaterialet. (<http://sv.wikipedia.org/wiki/Inneh%C3%A5llsanalys>)

Själva analysfasen av denna undersökning gick till på följande sätt. Efter att temaintervjuerna var avklarade, skrev jag ned ord för ord allt som hade sagts i word-dataprogrammet. Respondenternas svar kom sammanlagt att bli 36 A4-sidor. Intervjupersonerna verkade överlag positiva till min undersökning och de verkade alla vara måna om att ge mig en utförlig bild av deras arbete och deras syn på mina frågeställningar. Jag upplevde sålunda att deltagarna svarade uppriktigt och uttömmande på mina enskilda frågor. Efter att jag hade tillgång till allt intervjumaterial i en kronologisk svarsföljd, började jag med att organisera materialet enligt de angivna temaområdena.

Intervjupersonernas svar sammanställdes under varje tema skilt och även andra teman som framträdde kodades på ett visst sätt. Liknande svar inom de olika temana ordnades upp så att jag skulle kunna granska vad man har haft för likheter och olikheter gällande svaren. Sålunda fick jag ett nytt material som var strukturerat och kodat enligt en tematisering. Men Hirsjärvi & Hurme (2000, 142-143) påpekar att denna uppsjälkning av intervjusvaren kan göra att materialet blir översködligt. Därför har jag också velat ha tillgång till de ursprungliga nedskrivningarna, för att kunna få en klar bild över helheten gällande var och ens svar.

### **6.3 Analysmetod för gruppens möten**

I det föregående kapitlet, 5.4 gick jag igenom principerna för forskarens roll när man deltar på fältet för att samla in material till en studie. Jag ville vara närvarande vid FYS-SOC-SAS-gruppens möten för att kunna banda in diskussionerna i syfte att kunna analysera dessa i efterhand med tanke på mina frågeställningar. Men själva valet av analysmetod för denna del av fallstudien var ingen enkel uppgift. Jag hann ändra mig flera gånger beträffande olika infallsvinklar på den kommande analysen. Jag hade klart för mig att jag ville granska hur socialarbetarens roll framträder på mötena och hur man tar i beaktande hennes expertis samt sakkunskap om de olika patientfallen. Jag ville också studera gruppens sätt att arbeta och hur multiprofessionellt man samarbetade utgående från det som har framgått i den teoretiska referensramen.

Efter deltagandet på mötena, började jag med att ordagrant skriva ner allt som hade bandats in. Jag sammanställde materialet i Word-dataprogrammet. Det nedskrivna materialet blev sammanlagt 62 sidor (A4-pappersark). Jag lämnade bort att anmärka på längre pauser, suckar eller andra betoningar av enskilda ord. Jag upplevde att dessa hade ingen betydelse eftersom jag hade ändå klart för mig att jag inte ville utföra en mera språkvetenskaplig analys på materialet såsom t.ex. en diskussionsanalys. Jag läste igenom materialet flera gånger och fortsatte att fundera kring hurudan analysmetod jag skulle tillämpa på materialet.

Jag kom fram till sist att jag hade här också ett angreppssätt som påminde om tematiseringen, liksom för analysen av temaintervjuerna. Eftersom fokus för min avhandling kretsar kring socialarbetets roll, beslöt jag att enbart fästa uppmärksamhet vid gruppmedlemmarnas utsagor som kunde hjälpa mig att analysera hur man uppfattar socialarbetets roll och dess synvinkel vid genomgången av varje patient. Jag började med att sträcka under allt som sades av socialarbetaren och de andra som hade relevans för just denna aspekt. Det här analysättet visade sig fungera och jag upplevde att jag fick fram en tydlig bild över hur socialarbetets roll uppfattades. Jag kunde urskilja fyra centrala roller för socialarbetaren på mötena och dessa återges för i kapitel 8.

Vidare beslöt jag mig för att analysera hurudant samarbete medlemmarna hade sinsemellan. Jag ville studera ifall man kan benämna detta samarbete för multiprofessionellt med tanke på det som har framgått i teoriavsnittet om det multiprofessionella samarbetets komponenter. Jag var även intresserad av medlemmarnas växelverkan och kommunikation, närmare bestämt huruvida man kunde identifiera en dialogisk inriktning på diskussionerna. Det som framgår i denna avhandlings teoridel är att multiprofessionellt samarbete står för att man skall kunna arbeta tillsammans på ett sådant sätt att man kan dra nytta av allas expertis. Det gäller att kunna kartlägga patientens hälsa och välmående ur en fysisk, psykisk och social synvinkel för att man skall kunna uppnå en sanningsenlig bild av patientens hela situation. Denna kan sedan fungera som en grund för en vidare bedömning av den fortsatta vården och hjälpbehovet. (Isoherranen, 2005, 10-14)

Det framgår också att multiprofessionellt samarbete kräver stora insatser under en längre tidsperiod för att man skall kunna lyckas i praktiken. Enligt Isoherranen (2005, 14-15) betonas vanligtvis fem aspekter för att man skall kunna uppnå ett gott samarbete: *klientnärhet, sammanslagning av kunskap och de olika synvinklarna, medveten växelverkan på samarbetet, gränsöverskridning samt nätverkstänkande*. Isoherranens distinktion av dessa fem aspekter verkade sammanfatta mycket av den litteratur som finns på området och sålunda upplevde jag att jag kunde använda mig av denna för en noggrannare analys. Därför beslöt jag mig för att analysera FYS-SOC-SAS-gruppens diskussioner utgående från Isoherranens fem aspekter och se hur långt aspekterna verkar uppfyllas på de möten som jag deltog i.

## **7. PRESENTATION OCH ANALYS AV TEMAINTERVJU-SVAREN SAMT MÖTESDISKUSSIONERNA**

Den empiriska undersökningen bestod av en fallstudie i två olika delar. Temaintervjuerna med de fyra respondenterna (en socialarbetare, läkare, SAS-sjuksköterska och gruppsjuksköterska) och närvaron vid tre multiprofessionella möten (FYS-SOC-SAS-gruppen), bandades in för en senare analys. Jag kommer först att presentera resultaten från analysen av temaintervjuerna. Sedan kommer analysen från de tre mötesdiskussionerna att återges. De båda undersökningsdelarna kommer sedan i följande kapitel (kap. 8 – resultatdiskussion) att sammanlänkas för en bredare helhetsanalys och tolkning av resultaten.

Jag har som tidigare nämnts valt att analysera intervjumaterialet enligt de teman som skapats i intervjuguiden (se Bilaga1). Analysen av mötesdiskussionerna har fokuserat på socialarbetets roll och förekomsten av multiprofessionellt samarbete. Om intervjupersonernas bakgrund, så vill jag kortfattat här beskriva att tre av fyra respondenter har finska som modersmål. Jag ställde frågorna på svenska åt alla förutom en person. Alla fick svara på sitt modersmål. Sålunda är citaten både på finska och svenska beroende på vilket språk respondenterna har använt sig av under intervjuerna. Intervjupersonerna är i åldern 31-57 år gamla. Jag intervjuade tre kvinnor och en man. Alla har en mångårig arbetserfarenhet och har arbetat över 5 år på detta i frågavarande sjukhus och med de nuvarande arbetsuppgifterna.

### **7.1 Temaintervjusvaren**

Temaområdena går in i varandra men en presentation av analysen följer ändå de givna temanas kronologiska ordningsföljd. Det första temaområdet behandlar *intervjupersonernas arbetssituation och arbetsuppgifter*. Det andra temat har behandlat den multiprofessionella *FYS-SOC-SAS-gruppens* verksamhet. Det tredje temat handlar om *synen på multiprofessionellt samarbete och socialarbetets roll*. Det fjärde och sista temaområdet har mera ingående beskrivit dimensioner av *kommunikationen inom FYS-SOC-SAS-gruppen*. I det första temat redogörs för grundligare bakgrundsinformation om deltagarna och deras centralaste

arbetsuppgifter. Det här ville jag klargöra för att läsaren skall kunna bilda sig en uppfattning om arbetsfältet och hur de olika yrkesgruppernas arbetar sida vid sida med en rad olika uppgifter. Det första temaområdet innehåller inga direkta citat.

## **7.2 Tema 1: Intervjupersonernas arbetsituation och arbetsuppgifter**

### *1. Socialarbetaren*

Socialarbetaren har arbetat på stadssjukhuset sedan år 1995. Hon fick då en socialarbetarvakans på SAS-byrån där en sjuksköterska arbetade sedan tidigare. Socialarbetarens arbetsuppgifter kan allmänt delas in i två huvuddelar. Dels sköter hon om socialarbetet på två akutavdelningar vid stadssjukhuset. Dels sköter hon om socialarbetet som hör till SAS-byrån, som är en informations- och rådgivningspunkt inom åldringsvården. Socialarbetaren beskriver att hennes arbetsuppgifter vid SAS-byrån går långt ut på att utreda och koordinera människors fortsatta vårdplatser, både kortvariga och långvariga vårdplatser ordnas via SAS-byrån.

Den andra delen av socialarbetarens arbete går också numera långt ut på att överväga fortsatta vårdplatser för patienterna på stadssjukhuset. Denna diskussion förs bl.a. på FYS-SOC-SAS-gruppens möten, som man har på avdelningarna 1 gång i veckan. Till socialarbetarens uppgift på stadssjukhuset hör också att sköta om socialarbetet som hör till patienterna. Det kan handla om att sköta om ansökningar, bereda ärenden rörande behovet av intressebevakare eller handha utkomststödsärenden. Arbetets natur är mycket omväxlande och ingripandet akutmässigt på många sätt. Socialarbetaren upplever att hon utgår närmast från ett slags psykosocialt arbetssätt och mycket handlar det om att bedriva stödjande diskussioner på tu man hand med patienterna.

### *2. SAS-sjuksköterskan*

Sjuksköterskan har arbetat med nuvarande arbetsuppgifter vid SAS-byrån sedan år 1989. Sålunda har hon nästan en 20-årig erfarenhet av detta arbete. Före det arbetade hon också



nästan tio år med traditionella sjukskötarppligter på sjukhuset. Hon berättar att hon innehade under en 1-års period ett socialarbetarvikariat på sjukhuset. Hon hade ingen utbildning för det men överläkaren frågade om hon kunde sköta om ett vikariat eftersom socialarbetaren var på mammaledighet. Sålunda säger hon skämtsamt att hon har också handhaft en uppgift som socialsköterska utöver sitt vanliga arbete.

SAS-byrån grundades år 1989 och står för "*selvitä-arvioi-sjoita*". SAS-sjuksköterskans huvuduppgift är att sköta om intagningen av patienter och placeringar till de olika avdelningarna på stadssjukhuset och till huvudhälsocentralen. Hon var också i ett tidigt skede huvudhälsocentralens representant i olika arbetsgrupper där det ingick också socialverkets representanter angående en placering av åldringar till olika enheter. År 1995 fick hon en socialarbetare till arbetskollega och sålunda blev man en helhet där det ingick vardera en representant från hälsovårds- och socialverkets sida. Man har delat upp arbetsuppgifterna på det vsiet att socialarbetaren deltar i huvudsak på akutavdelningarnas multiprofessionella möten och SAS-sköterskan sköter om intagningen av patienter som kan ske i en mycket snabb takt.

### *3. Läkaren*

Läkaren har arbetat största delen på stadssjukhuset sedan han blev klar med sin läkarexamen år 2002. Till hans centrala arbetsuppgifter hör den medicinska biten, med diagnosticeringen och behandlingen av de patienter som är inne på avdelningen. Läkaren är också den som har det övergripande ansvaret på avdelningen fastän de enskilda yrkesgrupperna har sina bestämda arbetsuppgifter. Han berättar också att han har ansvar för den information som ges åt de anhöriga och han har en skyldighet att lära upp andra läkarstuderande i utbildande syfte.

Läkaren beskriver att arbetstiden är normalt 37-40 timmar per vecka men det är inte själva timmarna som är det viktiga utan planeringen av hela arbetet samt arbetsförloppet under en dag. På morgonen försöker läkaren ordna upp dagens schema och sköter om utskrivningar, epikriser och ordinationer för de som skall hem. De patienter som har nyligen kommit in hinner han ta del av senare under dagen. Läkaren beskriver att förut rondade man fyra gånger i veckan men för ett par år sedan ändrade han på det så att man rondar numera två gånger i

veckan. Sålunda rondar man i princip hela avdelningen med 30 patienter en gång i veckan, med 15 per rondning.

#### *4. Gruppsjuksköterskan*

Sjuksköterskan som arbetar på ifrågavarande avdelning har blivit färdig med sin sjukskötarexamen år 1995. Hon har även en grundvårdarexamen från tidigare. Vid intervjun berättar denna sjuksköterska att hon har snart varit 30 år i vårdbranchen och hon har arbetat på denna avdelning sedan år 1999. Hon berättar att det speciella med denna akut- och rehabiliteringsinriktade avdelning är att grundvårdarna och sjuksköterskorna utför i princip samma slags arbete. Sjuksköterskorna har dock vissa rättigheter gällande vårdingrepp som grundvårdarna saknar.

Angående arbetsfördelningen och -uppgifterna berättar hon att avdelningen är uppdelad i två delar med 15 patienter var. De båda grupperna delas också upp i tre undergrupper sålunda att varje vårdare har ansvar för 5 patienter var. Varje arbetstagare sköter om allt som hör till patientens grundvård och den övriga vården för de som man har ansvar för under arbetsskiftets gång. En person har kansliskift varje vardag, vilket gruppsjuksköterskan har just idag när hon intervjuas. Kansliskiftet går ut på att man sköter om pappersarbetet och deltar i olika möten med läkaren såsom FYS-SOC-SAS och hemförlovningsmötena. Den som har kansliskift sköter också om att praktiskt ordna med hemförlovningsarna och har kontakt till anhöriga, hemservicen osv. Men hon påpekar att lika bra kan en grundvårdare ha kansliskiftet t.ex. om denna person har varit på arbete kvällen eller helgen innan.

Arbetet är mycket omväxlande på en dylik avdelning och patienterna byts ofta ut. Sjuksköterskan uppger att arbetets gång följer vanligtvis en viss rytm. Just nu har man en tyngre fas där det har kommit in många nya patienter som är i dåligt skick. Sedan när de börjar må bättre och rehabiliteras märker man att arbetets natur blir aningen lättare fram tills att man börjar förbereda en hemförlovnings och patienterna skall utskrivas. Efter det kommer då en ny våg med sämre patienter och så fortsätter arbetet igen med en tyngre fas.

### **7.3 Tema 2: FYS-SOC-SAS-gruppen**

Alla deltagarna i undersökningen är medlemmar av olika samarbetsgrupper som en del av det egna arbetet. Ett gemensamt team som alla de intervjuade ingår i är FYS-SOC-SAS-gruppen. Denna multiprofessionella grupp har bildats på avdelningen för 1,5 – 2 år sedan. Före uppkomsten av denna multiprofessionella grupp, deltog alla i ronderna med läkaren. Man höll sålunda skilda patientteam kring de enskilda patienterna i deras rum när man gick ronderna. Socialarbetaren berättar att hon brukade runda en gång i veckan med läkaren på de båda akutavdelningarna. Då fick hon tillfälle att träffa patienten och samtala på samma gång kring fortsättningen.

Respondenterna berättar att bakgrunden till uppkomsten av FYS-SOC-SAS ligger i det att fysioterapeuterna upplevde att ronderna tog för mycket av deras aktiva rehabiliteringstid med patienterna. Ca 50 % av patienterna har fysioterapi och sålunda blev det en del överksam tid för fysioterapeuterna när de deltog i dessa ronderna som kunde räcka flera timmar per gång. Sålunda bestämde man sig för att avsätta en skild tid varje vecka för FYS-SOC-SAS-mötena. För tillfället träffas man varje onsdag förmiddag och går igenom varje patient (ca 30 stycken) ur bl.a. fysioterapeutiskt syfte och man fick även kopplat in socialarbetaren till dessa möten för att få uppgifter om bl.a. hemmasituationen.

Jag frågade socialarbetaren hur mötena vanligtvis går till och huruvida man följer något visst schema? Socialarbetaren svarar att hon och de andra brukar printa ut en patientlista över alla som är inne på avdelningen. Hon gör sedan anteckningar på denna kring varje patient om hur vården ser ut. Hon antecknar ifall vården är på hälft, framskrider fysioterapin eller inte, ifall den inte går framåt så vet man var man står med den patienten osv. Läkaren uppger att man kunde ännu utöka deltagarna i gruppen med t.ex. hemserviceledarna eftersom största delen av patienterna har hemvård. Men då skulle mötena fort bli för långa och räcka upp till en halv dag. Man försöker nu få mötena avklarade på ca 1,5 timme. Mötena tar olika lång tid beroende på hur många patienter man har där flera saker är ännu öppna eller där patienterna enbart väntar på en vidare placering.

Medlemmarna av denna arbetsgrupp deltar också i många andra arbetsgrupper vars målgrupp kan innefatta patienter från de olika avdelningarna. Socialarbetaren berättar att SAS-byrån tar emot vårdremisser och socialarbetaren upprätthåller ett SAS-register med alla personer som är i kö till en vårdinrättning. Ungefär en gång i månaden träffas man på ett *SAS-möte* där man går igenom de sökande och bedömer hur brådskande deras behov av en vårdplats är. På SAS-mötet deltar förutom SAS-byrån, stadens hemserviceledare och öppna vårdens socialarbetare. SAS-sjuksköterskan deltar också i egna samarbetsmöten med de olika avdelningarna och vikarierar socialarbetaren på akutavdelningarnas möten när hon är frånvarande.

Gruppsjuksköterskan informerar att ett arbetsmoment som tar mycket tid av dem är själva *hemförlovningsmötena*. Hemförlovningsmötenas antal har ökat den senaste tiden och vid dessa deltar läkaren, sjuksköterskan, någon från SAS-byrån, hemservicen, anhöriga och patienten själv. Gruppsjuksköterskan upplever att mötena är bra och behövs när det gäller så att säga nya patienter för hemservicen eller där många saker är oklara gällande den fortsatta vården. Men hon upplever att de är onödiga i sådana fall där en patient återvänder till hemservicen när patienterna är bekanta för dem från tidigare. Hon uppger också att på många andra ställen är det just socialsköterskan som sköter om hemförlovningsarna.

### **7.3.1 Patientgrupperna**

Intervjupersonerna informerar att patienterna som kommer in har mycket varierande sjukdomar eller åkommor. Många kommer till avdelningen från specialsjukvården för fortsatt vård och rehabilitering p.g.a neurologiska sjukdomar, benbrott eller hjärninfarkter. En stor grupp är också äldre människor som kommer in, ofta upprepade gånger för olika besvär. Det kan handla om att de har fallit hemma, hemvården fungerar inte längre tryggt eller att deras allmäntillstånd har försämrats såsom att en demenssjukdom har framskridit. Även från den egna polikliniken (i samma byggnad) anländer många patienter. Men läkaren informerar också att en del patienter som kommer till dem kan vara sådana att de egentligen aldrig tidigare har varit i sjukhusvård. Sålunda är de helt nya patienter för sjukhuset och även för hälsocentralerna. De har inte uppsökt läkare p.g.a. sina besvär och när man då börjar utreda besvären kan man hitta en hel del och processerna kan bli utdragna.

Socialarbetaren betonar också att en allt ökande patientgrupp är missbrukarna. Gällande deras sociala situation kan det finnas en hel del att utreda och ordna. Många kan också sakna bostad.

”Sitten se tulee se paine tähän kun tuota kun pitää löytää asunnot...jos ne ovat asunnottomia niin se on kyllä hankalaa, sen minä koen kyllä niin hankalana ongelmana koska meillä ei ole mitään tukea tässä päihdepuolelta. Että se on vähän näin. Nytkin on kaksi sisällä semmoista ja oikein selvästi huomaa sen ryhmän kasvamisen. Että mitä ennen niitä oli muutama vuodessa niin nyt niitä tulee joka kuukausi, niitä on tämmöistä porukkaa sisällä, tämmöisiä vaikeasti päihdeongelmaisina.” Socialarbetaren

Läkaren uppger också att det talas allmänt inom organisationen att arbetet har blivit tyngre. Enligt honom stämmer det nog till en viss del eftersom patienterna man behandlar är allt äldre och sjukare. Men han tror att de åren som han har varit här på avdelningen har också gjort att han har utvecklat arbetsrutiner som gör att det ändå går enklare.

”patientmaterialet är nog tyngre och hemförlovningarna kommer inte så som planerat och det kan hända att vi jobbar också på riskgränser och vi gör bedömningar som nog är rätta men att det kräver en viss uppföljning där hemma och då betyder det mera jobb. Jag borde kanske delegera en del saker till egenläkarna desto mer men det är svårt att delegera svåra uppgifter. Det är lättare för oss att delegera och säga hur eftervården skall se ut härifrån, vi som känner patienterna och har fått ta del av deras problem. Det är väl bättre att ha hand om det själv då, så långt det bara går.” Läkaren

### **7.3.2 Gruppens syfte och målsättningar**

Syftet med FYS-SOC-SAS-gruppen är att alla skall få en enhetlig information vid ett specifikt tillfälle. SAS-sjuksköterskan uppger att mötena kom till för att man skall få en uppfattning om vem som är intagen. Alla redogör för vad de vet om patienten utgående från sin yrkesroll och tillsammans diskuteras hur man skall gå vidare med rehabiliteringen och planerna framöver.

” Ja kerätään yhteis-, moniammatillisesti yhteen tavallaan se potilas aina tapaukseltaan.” SAS-sjuksköterskan

”Hyvin tunnetaan toisiamme ja ollaan päivittäin tekemisessä. SAS-toimisto kertovat paljon taustatietoa potilaista ja jos on paikka tiedossa. He tuovat tietoa potilaasta siihen kokoukseen. Omaiset soittavat usein heille jos on joku joka pärjää huonosti

kotona niin kyselevät paikkoja SAS-toimiston kautta. Voi olla että hakemuksia on jo tehty jonnekin kun tulevat muuten sisälle sairaalaan. ”

Gruppsjuksköterskan

Alla verkar vara överens om att mötena ger en klar bild över patienternas helhetssituation. Socialarbetaren och läkaren betonar att en utgångspunkt är vikten av att alla har en gemensam målsättning för patienterna. Utgående från målet vet alla vad som strävas till och hur man skall handla för att uppnå detta. Man betonar att allas gemensamma mål är ändå att patienterna skall i den mån det är möjligt rehabiliteras till ett sådant skick att de kan återvända hem.

”Meillä on yhteiset tavoitteet potilaiden kohdalla. Ettei voi yksin sooloilla täällä, se ideahan on täällä se että saadaan yhteneväinen tieto samassa paikassa. Kaikki saavat sen saman tiedon ja tietävät missä mennään. Kun puhuu yhden kanssa ja yhden kanssa niin se on aina sitten mitä sattuu loppujen lopuksi. Yksi on ymmärtänyt näin ja yksi noin. Niin se on kyllä se pointti oikeastaan, se sama tieto kaikille samaan aikaan.”

Socialarbetaren

Läkaren uppger också att han via mötena får för det första en slags sammanfattning över veckan. Man börjar med ronderna från början av veckan och fram till onsdag förmiddag hinner man få en övergripande uppfattning om vem som är inne på avdelningen, hur tungskötta de är och vad man skall prioritera. Sålunda ger mötena också en struktur för den nuvarande veckan och även de kommande gällande patienternas fortsatta rehabilitering och när man kan börja planera in hemförlovingar. Läkaren och gruppsjuksköterskan påpekar också att man märker direkt att arbetsprocesserna stannar av om man inte träffas regelbundet.

”Sedan får man ju förstås mycket grunduppgifter om hemmatillvaron vad gäller patienterna och hur vi kan då ställa till med ytterligare hjälp för att trygga hemförlovingarna.” Läkaren

### **7.4 Tema 3: Synen på multiprofessionellt samarbete och socialarbetets roll**

Undersökningsdeltagarna verkar vara överens om att det finns en distinktion mellan vårdarbetet på avdelningen och det omkringliggande ordnandet av en fortsatt vårdplats eller återgång till hemmet. Vårdarbetet sköts av personalen på avdelningen och läkaren sköter om det medicinska. Läkaren uppger att han borde kunna delegera och fokusera mera på diagnostik

och behandling. Men han vill ändå ha en uppfattning om vad som händer i det totala hela och då sätter han sig in i även den situationen. Läkaren är också den som agerar som ordförande inom gruppen och för diskussionen framåt. Alla verkar tycka att det är en bra lösning och sålunda får också alla säga sitt samt man undviker att börja tala i munnen på varandra.

Dock verkar det inte finnas någon riktigt klar avgränsning mellan yrkesgrupperna i många praktiska situationer. Det gäller främst arbetsfördelningen om vem som gör vad angående ordnandet av olika delar av den fortsatta vården, främst när man närmar sig en hemförloving. Gruppmedlemmarna verkar vilja ha en viss flexibilitet i detta för att få ärendena att gå vidare så smidigt som möjligt. Det man kan utläsa ur svaren är att man har uttalat vissa riktlinjer, såsom att läkaren sköter om patienterna och sjuksköterna sköter om kontakten till anhöriga och ordnandet av hemvård. Men i många knepigare fall krävs det ändå att läkaren informerar anhöriga om vårdbeslut. Han säger själv att han innehar ändå en viss läkarauktoritet.

”Ifall det är någonting som behöver motiveras så är det då oftast jag då som ställer upp. För att få hemförlovingen att ske. Tonen från anhöriga är mycket annan än när dom diskuterar med sköterskan.” Läkaren

Socialarbetaren tar också fasta på att avdelningsläkaren har en mycket central roll för hela avdelningens verksamhet och ansvaret där är stor om man jämför med en läkare inom specialsjukvården som endast ansvarar för sitt specialområde. Det framkommer också hur knepiga hemförlovingssituationerna kan vara. Man hamnar ofta och vara av annan åsikt än de anhöriga. Det upplever socialarbetaren att är en av de tyngsta aspekterna av arbetet.

Läkaren uppger också att många gånger bestämmer man på mötena vem som tar kontakt till ifrågavarande anhörig och sällan är det bara en anhörig som vill ta del av uppgifterna. Så det kan bli en hel del kontakter innan man får ett slutgiltigt svar ifrån anhöriga om vad de anser. Enligt läkaren är väl praxis i nuläget att den som hinner, den tar kontakt. Men vanligtvis är det nog ändå gruppsjuksköterskan som skall ha kontakten till anhöriga. Denna person har också hand om den praktiska vården på sjukhuset och den fortsatta vården i hemmet. Men i många fall kan det vara så att gruppsjuksköterskan har varit frånvarande en längre tid och kan känna

sig osäker. I de flesta fall är det ändå så att den som har haft mest kontakt till en anhörig, så sköter om och styr hemförlovningsprocessen.

Gruppsjuksköterskan berättar att vissa gånger blir det onödigt många kontakter till alla instanser innan allt är ordnat med hemförlovingarna. Stadens hemservice har inte heller många gånger tillräckligt med resurser att ta emot en tidigare klient när denna kan återvända hem. Även ordnandet av hemservice via servicesedlar kan vara svårt eftersom även de privata firmorna är nuförtiden ofta överbelastade. Diskussioner och vissa meningsskiljaktigheter uppstår också mellan sjukhuset och hemservicen gällande vem som skall sköta vad när en patient hemförlovas från sjukhuset. Gruppsjuksköterskan upplever att det blir ofta att man hamnar från avdelningens sida att sköta om så gott som allt fastän man upplever att en del kunde tas över av hemservicen.

SAS-sjuksköterskan beskriver att hennes roll på mötena är ofta att se till att processerna med patienterna går vidare. Hon ifrågasätter mycket så att ingen patient lämnar hängandes kvar på avdelningen ifall det inte finns något utrett medicinskt eller någon annan orsak till att sjukhusvistelsen fortsätter. Hon känner till trycket utifrån på vårdplatser. Hon försöker därför se till att man är aktiv hela tiden och kommer så att säga vidare med patientallen.

#### **7.4.1 Socialarbetets roll på sjukhuset**

Intervjupersonerna förde fram liknande åsikter kring socialarbetarens roll överlag på sjukhuset och inom ramen för FYS-SOC-SAS-gruppen. Socialarbetaren anses ha en god kännedom om patienternas hemmaförhållanden och deras funktionsförmåga. Socialarbetaren anses också vanligtvis sköta om utredningar vid speciellt svårare fall där det kan finnas många olösta saker. SAS-sjuksköterskan framför att många av deras arbetsuppgifter är likadana och hon har svårt att se en tydlig linje mellan vad som är specifikt socialarbetaruppgifter och sjukskötaruppgifter med tanke på SAS-byråns verksamhet. Men eftersom hon har en vårdbakgrund, så konstaterar hon att hon gör bedömningen ur en lite annorlunda synvinkel än socialarbetaren. Hon betonar dock att det är också viktigt för henne att ha den sociala



situationen kartlagd för en helhetsbedömning. Men diskussionen är ändå annorlunda mellan henne och läkaren än när hon diskuterar med socialarbetaren om någon patient.

Socialarbetaren förklarar att deras allmänna roll (SAS-byrån) är långt att lägga i gång processerna och ordna med fortsatta vårdplatser. Socialarbetaren skall också ge till kännedom för gruppen om hemförhållandena för att man skall kunna planera hemförlovningen och hemvården kring denna. Men själva hemförlovningen anser socialarbetaren att det är bra att avdelningarna sköter om.

”Osasto, se on aika kauan ollut niin, että osasto. Koska se on niin nopeaa tahdista se kotiuttaminen, että jos se tulisi täältä (SAS-toimisto) niin se ei onnistu kyllä. Ja se sitten että kotihoito haluaa tietää tarkkaan minkä kuntoinen potilas tulee kotiin. Että mitä apua tarvitsee ja onko jotain erikoisia lääkkeitä. Ne haluaa paljon tietoa semmoista mitä me emme voi antaa. Se on ihan hyvä että se on sieltä.”  
Socialarbetaren

Gällande socialarbetarens och gruppsjuksköterskans allmänna arbetsfördelning, så fungerar det så att i samband med patientens ankomst till avdelningen görs en skild ankomstintervju från avdelningens sida och vid denna utreds mycket angående familje- och hemförhållandena. Men sedan ifall det är många oklara saker såsom att man hittar inte anhöriga eller det är frågan om mera svårskötta personer såsom missbrukare, så kan socialarbetaren ta över och utreda ytterligare. Från avdelningens sida meddelar man också till socialarbetaren ifall någon patient har ett ärende till henne eller ifall man upplever att det är något som behöver skötas av just socialarbetaren. Men socialarbetaren påpekar att hon är inte inblandad i alla patienters ärenden. Det kan finnas sådana som har enbart rehabiliterande behov eller i övrigt inte har något ärende som kräver socialarbetarens inblandning. Men de ärenden hon är inblandad i så tar hon oftast del av från ankomsten till avdelningen och fram till hemförlovningen.

Läkaren och socialarbetaren verkar också vara överens om att socialarbets roll och funktion har förstärkts överlag på mötena och sjukhuset. Socialarbetaren upplever att hon har en tydlig roll och vet vad som förväntas av henne.

”Minä koen että sosiaalilähtöön rooli X ja X osastolla on vain vahvistunut oikeastaan enemmän. Koska se on nyt niin selkeästi sitä jatkohoidon miettimistä kuin mitä se aikaisemmin on ollut. Silloin se oli semmoista epämäärästä, muistan kun itse aloitin niin en oikein tiennyt mitä pitää nyt oikein tehdä ja mikä se minun rooli nyt on? Nyt se on aika selkeä. Nykyään on tämä menetelmä, että ollaan moniammatillisesti miettimässä, niin se on se työnjako kuitenkin varmaan, että kullakin on se oma. Kyllähän se olisi vaikea koordinoita niitä hoitopaikkoja jos ei olisi kukaan joka pitää niitä lankoja käsissään tavallaan.” Socialarbetaren

Läkaren berättar också under sin intervju att han upplever att man har fått en ny link på mötena i och med att socialarbetaren har tagit en större roll i uppföljningen.

”Att hon tar kontakt med anhöriga, hon kollar upp vad som finns att ge vad gäller hjälp, hon tar kontakt med t.ex. vårdinrättningarna där patienterna är behandlade, i fråga om någon vårdinrättning där patienten bor. Så där tycker jag att vi har fått en ny link på något sätt. Det har varit positivt att dom ställer upp med att ta kontakt också i informationssyfte så ringer dom åt anhöriga så det är borta från vår del.” Läkaren

Angående socialarbetarens expertis och bidragande till gruppen framgår också läkarens syn i följande citat:

”Socialarbetaren har ju förstås många gånger en mångårig erfarenhet av patienten och deras funktionsförmåga, deras klarande i hemmet. Informationsflödet från socialarbetaren till oss, den behöver vi och den vill vi ha. Och förstås finns det ju ett yrkeskunnande där också, hur skall jag förklara, socialarbetaren har ändå en god bedömningsförmåga om ifrågavarande patient, hur denna kan tänka sig klara i vilka omständigheter. Jag har tillförlitlighet där om socialarbetaren säger att den här patienten har så och så många år klarat sig med de premisserna och dom rutinerna, så då får jag också en styrka i det att jag får bekräftelse också för mina förslag om hemmatillvaron och det att hur säkert det är sedan med hemförlovingen.” Läkaren

#### **7.4.2 Bedömningen och beslutsfattandet inom gruppen**

Angående gruppens verksamhet så kan man utgående från intervjuerna urskilja att diskussionen kretsar kring åtminstone två sammanlänkande helheter dvs. bedömningen av varje patients funktionsförmåga och sedan ett beslutstagande i varje enskilt fall om den fortsatta vården. Ett uppmärksammande av den individuella vården för patienten och dess målsättning följer med som en röd tråd genom hela förloppet.

Utgående från intervjusvaren skulle jag tolka att grunden till gruppens verksamhet finns i var och ens expertis på sitt område. Med hjälp av det egna kunnandet gör man en skild bedömning av en patients situation. Sedan vid mötestillfällena ger man denna kunskap till kännedom för övriga gruppen och så bildar alla sedan en gemensam uppfattning om varje patientfall. Läkaren är den som tar beslutet och har sålunda ansvar för hemförlovningsbeslutet. Han uttrycker att mötena är till stor hjälp och man kommer till bra resultat vid dessa. Han upplever att man får stöd av varandra och för själva bedömningen och beslutet i sista hand.

”Under mötena så är det väl nog jag som säger och kommer till besluten men dom närvarande vågar ändå ta ställning till saker och ting och säger hur det skall vara och jag litar på det också.” Läkaren

”Många slutkoncensus, så görs ju på mötet. Men att patienter som är så att säga i progress, så dom besluten om vården och behandlingarna så sker ju på ronderna och efter undersökningarna som man gör på avdelningarna och i patientrummen. Men sammanfattningen görs många gånger på den här fys-soc-ronden. Speciellt om långvårdsbeslut. Då vill man att man har stöd bakom sina beslut och önskvärt vore det om man skulle ha anhöriga på plats också. Men den diskussionen måste man föra vid sidan om mötet.” Läkaren

SAS-sjuksköterskan berättar också att eftersom det är frågan om en sjukhusmiljö så är det läkaren som gör beslutet. Men läkaren hör alltid på de andra och man får komma med synpunkter i ärendena. Läkaren kan också ändra sina åsikter om de övriga i gruppen upplever att man kunde ännu testa en hemförlovnings fastän läkaren kan ha haft en annan ståndpunkt från början. Sålunda upplever SAS-sjuksköterskan att samarbetet med läkaren och de andra fungerar bra. Hon påpekar dock att det är viktigt att alla framför sina synvinklar på fallen. Man får inte vara rädd för att säga sin åsikt och sålunda skall inget lämnas osagt som behöver framgå för att man skall kunna göra en korrekt bedömning.

” Jo, oftast är det nog så, jag tycker inte att vi går emot varandra någon gång inte utan det kan vara att jag är försiktig men inte rädd. Jag kan vara försiktig med hemförlovningsbeslutet men då kan socialarbetaren ha en bättre uppfattning om och då kan jag förstås ta stöd av det för mitt beslut. Jag får en bekräftelse över att det har gjorts en god bedömning. Så visst måste jag ha tillit också för det kunnande som finns.” Läkaren

Angående bedömningsgrunderna framgår av socialarbetarens, SAS-sjuksköterskans och läkarens utsagor, att de upplevde alla att ronderna tillsammans gav dem en bra grund att stå på. Socialarbetaren uttryckte att numera har hon inte alltid träffat patienten som diskuteras eller det kan vara ett bra tag sedan. Vid ronderna fick man se hur patienten fungerade i dagliga situationer och det var till stor hjälp när man skulle bedöma hur stort hjälpbehovet är. Exempelvis om personen klarar sig med en eller två personers hjälp vid förflyttningar.

Läkaren uppger också att han har nog tänkt många gånger att diskussionerna kunde föras i patientrummen tillsammans med patienten för att man inte skall kunna gå förbi denna. Men då skulle det behövas åtminstone dubbelt så mycket tid. På så vis upplever läkaren ändå att det är bra att man har skilda FYS-SOC-SAS-möten. Man får tala fritt och behöver inte vara försiktig för att patienterna är på plats. Men patienternas åsikter skall ändå tas i beaktande vid beslutsfattandet så långt det är möjligt. Många kan dock lida av grava minnesstörningar och kan på så sätt inte föra sin egen talan. Men vanligtvis förs en skild diskussion efter mötena med patienterna och anhöriga kring vad man har beslutat. De andra upplever också att det i praktiken inte finns någon återgång till de tidigare ronderna men denna genomgångsform hade som sagt sina fördelar.

## **7.5 Tema 4: Kommunikationen inom FYS-SOC-SAS-gruppen**

Angående kommunikationen mellan gruppmedlemmarna svarar intervjupersonerna att de upplever att den är öppen och att alla får komma till tals. De flesta har arbetat tillsammans inom gruppen en längre tid. En av fysioterapeuterna har deltagit ca ett halvt år och hon verkar också genast ha kommit in i gruppen. Alla betonar att det är viktigt att man lyfter fram de egna åsikterna. Men de framför också att alla människor har olika sätt att uttrycka sig på. Vissa är mera framåt och verbala än andra.

”Jag tycker nog att alla har kunnat och har vågat säga sin åsikt. Visserligen så finns det ju, vi är ju olika allihopa. Många av oss är väldigt framåt och säger starkt sin åsikt, men ingen tar ändå illa upp. Andra är kanske lite försiktigare men jag tycker att alla har ändå kunnat säga vad dom tycker och diskussionerna i sig och så har ju förlöpt väl.” Läkaren

”kaikki tietää sen oman työnsä mitä tekee ja kertoo siitä mutta joskus siinä on vähän niin kuin sillä tavalla että tuota, että on uusia työntekijöitä esimerkiksi, tai sitten on hoitajista erilaisia persoonallisuuksia niin tulee vähän eri kannalta niin kuin ehkä sanottua niitä asioita ja vähän eri äänenpainoilla. Sanotaanko vähän sillä tavalla niin kuin että joskus huomaa että ihmiset vähän arvioivat eri lailla ihan samaa ja huomaa se sitten että hetkinen (nauraa), että siinä on vaikuttanutkin tietysti monet muutkin asiat.”  
SAS-sjuksköterskan

Hon upplever också att det är viktigt att reflektera över hur man framför de egna ståndpunkterna. På så vis kan man se till att den helhetsmässiga bedömningen blir så korrekt som möjligt.

”Jo, se in ihan hyvä, että saa olla eri näkemyksiä. Mutta se on sillä tavalla että tulisi niin kuin selkeämmin kysytyt ne oikeat kysymykset, ja se oikea arvio siitä kuitenkin ettei jää sellainen että jotakin jää puhumatta jostakin asioista tai jotakin ei huomioida, jotakin osa-aluetta ja näin. Niin minä tykkään että sillä tavalla saisi olla. Se tulisi niin kuin sen jokaisen kanta ja sitten yhdessä tietysti päätetään mitä tehdään. Niin minä tykkään että se avoimus on okei ja pitäisi kaikkien kuitenkin pystyä sen asia vähän miettimään millä tyylillä mutta tuoda ne todelliset asiat esiin.” SAS-sjuksköterskan

Gruppsjuksköterskan påpekar också vikten av att föra fram vad som är bäst för patienten. Hon upplever att det är hon som för patientens talan på mötena. Även läkaren påpekar detta. Han upplever också att det är han som för patienttalan när inte patienterna är närvarande på mötena.

”Minähän olen potilaan edustajana siinä, niin minä sen koen koska hoitaja on aina potilaan asialla ja siellä hän ei ole itse paikalla. Niin kyllä mun pitää sanoa se mitä mieltä minä olen. Sitten minä toimin väärin jos minä en sano.”  
Gruppsjuksköterskan

Jag frågar också speciellt socialarbetaren hur hon tacklar svårare fall? Känner hon sig någon gång ensam med socialarbetarbiten på mötena och all utredning kring denna? Har hon någon att diskutera med vid behov?

”No ehkä täällä SAS-toimistossa ja sitten muiden sosiaalityöntekijöiden kanssa voidaan enemmän tietysti vielä miettiä. Mutta kyllä sielläkin (kokouksissa) jos on niitä jatkohoito, jotain ongelmallista, kyllä niitä aika paljon siellä yhdessä mietitään. Lääkäri varsinkin ja kyllä hoitaja myös koska kyllä se koko ryhmä, että omalta osaltaan koska

kullakin on se oma tieto siitä jokapäiväisestä hoidosta ja hoidontarpeesta tai liikkumiskyvystä ja omatoimisuudesta ja onko jotain lääketieteellistä estettä niin että kyllä sillä tavalla. Mutta tietysti nämä päihdeongelmaiset niin ovat semmoinen vaikea ryhmä, koska heillä ei ole oikeastaan jatkohoitopaikkoja. Se on jo semmoinen josta kukaan ei oikein ota vastuuta ja sitten se pakka jotenkin jää paljon sosiaalityöntekijälle.”

Socialarbetaren

Socialarbetaren berättar vidare att många gånger när hemmasituationen blir för besvärlig så hamnar patienterna slutligen här på sjukhuset och då är det tänkt att man skall kunna reda upp alla problem härifrån.

”Mutta joskus minua harmittaa, että on hoitamattomia asioita jotka olisi pitänyt avohoidolla hoitaa. Mutta sitten kun ne tulevat tänne niin sitten kaikki pitää hoitaa täältä. Niin että ne odottaakin sitä monet, että täällä sitten hoidetaan kaikki asiat kuntoon kun tullaan sairaalaan. Mutta joskus voi olla että asiat kärjistyy sitten vasta niin että niitä ei saa hoidettuakaan vasta kun täältä käsin.” Socialarbetaren

Läkaren, SAS-sjuksköterskan och socialarbetaren framför alla att den som kan uppleva mötena problematiska är en nybliven läkare som inte är ännu insatt i hur mötena fungerar och inte känner bra till servicestrukturerna.

”Jo, den person som är illa ute på fys-sos-mötet så är ju kanske den nyblivne läkaren eller den som har påbörjat sitt arbete just här. För att det är ju ändå läkaren nog som skall dra mötet, så då kan nog den nyblivne läkaren vara ganska tystlåten av sig. Då märker man, eller har jag fått höra att mötena har inte gett resultat på samma sätt, som när den som kanske är ordinarie för avdelningen i fråga så är närvarande.” Läkaren

”Niin sillä tavalla se oma rooli voi olla vielä voimakkaampi silloin jos on kokematon lääkäri. Niin näissä hoitokokouksissa, missä potilas on mukana niin ja mietitään yksilöllisesti sen kotiuttamisesta niin siinä sosiaalityöntekijärooli voi olla lähes puheenjohtajan asemassa silloin jos ne on justiin tullut. Siinä tuntuu että jonkun pitää vetää sitä hommaa. Mutta nämä kokeneet lääkärit tietysti itse vetää.”

Socialarbetaren

Läkaren poängterar ännu att diskussionerna som förs på FYS-SOC-SAS-mötena är ju endast en bråkdel av den hela den diskussion som förs dagligen på avdelningen. Men mötet som hålls en gång i veckan sammanfattar mycket och ger ett stort plus för helheten.

”Vi har en dialog som är hela tiden pågående på avdelningen. Inte telepati men att vi diskuterar ändå och på håll så att säga vi tolkar varandra redan på håll och förstår diskussionen på det sättet. Vi har ju ändå patienterna som vi diskuterar runt och kring och vi så att säga ur triangelsynvinkel tittar båda två på patienten och på varandra så förstår vi vad som skall göras. Det är mycket diskussion som förs tyst sådan diskussion också på avdelningen, under arbetsveckan.” Läkaren

### **7.5.1 Den medicinska kontra den sociala synvinkeln**

Riktlinjerna för arbetet domineras av det medicinska- och vårdmässiga fältet som en naturlig del av arbetsmiljön. SAS-sjuksköterskan framför att det talas mycket inom organisationen att det har blivit allt mer medikaliserat och tyngdpunkten har blivit lagt mera mot hälsovårdssidan. Men hon påpekar att förstås är hälsan och dess omkringliggande aspekter en väsentlig del i arbetet och sålunda upplever hon inte det som något negativt inom det egna arbetet.

” Tämöinen mututuntuma minulla on, että paljon puhutaan täällä että tämä on niin kuin tullut vähän lääkärijohteista kun on tietysti osittain meidän hommakin paljon että tämä on enemmän medikalisoitunut tämä homma ja arviointi ja tämä kaikki niin kuin. Kyllä semmoista kuulee välillä ja tuntuu, että katsotaan, että onkohan tämä nyt menossa enemmän terveydenhuoltoon painottuvaiseksi kun sosiaalipuoleen. Että oliko ennen sosiaalipuolen vähän erilaisia ja vähän sellaista että onko se vähän jäänyt jalkoihin? ” SAS-sjuksköterskan

Socialarbetaren är också av den åsikten att på ett sjukhus är det förstås den medicinska delen som är betonad gällande patienternas situation. Men hon har uppmärksammat att man allmänt fäster inte lika stor vikt som förut vid de sociala orsakerna till att människor inte klarar sig hemma och hon upplever att många gånger är bedömningen kallhändig.

”Mutta sitten on kyllä havattavissa sitä ylipäättään tätä medikalisoitumista, se on kyllä aivan totta. Näkökulma on se että sairaut vain hoidetaan ja sosiaalisia syitä ei niin hirveästi huomioda vanhusten hoidossa kun ennen. Minun mielestäni sen kyllä huomaa.” Socialarbetaren

”Se on se mihin koko ajan panostetaan, kaikennäköisiä testejä, mittareita pitäisi ottaa käyttöön. Ja niillä mitarilla koko ajan mitataan niin kuin sen ihmisen tavallaan toimintakykyä ja kaikkea jonka perusteella niiden pitäisi tehdä päätöksiä missä se selviytyy. Vaikka ei asia ollenkaan ole sillä tavalla. Se on vähän huolestuttavaa kyllä, että nämä sosiaaliset syyt ja tämmöiset näin, turvattomuus, yksinäisyys ja tämä mitä

vanhukset voi tuntea ja mikä aiheuttaa hoitopaikkojen tarvetta niin niitä ei oikein haluta enää oikein noteerata ollenkaan. Semmoisena syynä joka aiheuttaa niin suuria ongelmia että ei pysty enää asumaan kotona. Että enemmän se on koko ajan tämä toimintakyky ja jos pääset sängystä itse ja voit pukeutua tai missä kotipalvelu voi auttaa mutta...” Socialarbetaren

## 7.5.2 Arbetets utveckling

Inom det sista temaområdet hade jag också frågor som behandlade arbetets utveckling och jag frågade vad respondenterna upplevde att man kunde utveckla på arbetsfältet. Det här ville jag också ta fasta på för att kunna få en bild av deras reflektiva förmåga på det egna arbetet och kringliggande faktorer som händer för tillfället.

Läkaren och gruppsjuksköterskan nämner att man har nu på våren sett över rutinerna på avdelningen och alla har enskilt skrivit upp en arbetsbeskrivning. Man har också som ett moment i det som hör till arbetshandledningen samlats i grupper och gått igenom arbetssituationen inom de olika yrkesgrupperna. Han konstaterar också att man har haft för avsikt att se över FYS-SOC-SAS-mötena och hur man ännu kunde förbättra dessa. Han känner sig själv mycket utslagen efter mötena i och med att man går igenom 30 patienter på en korttid. Det är en verklig ”brainstorming” som sker vid genomgången av allas situation.

SAS-sjuksköterskan kommenterar också mitt val av ämne och funderar kring vad det multiprofessionella arbetssättet egentligen står för.

”Tuo on hyvä aihe mistä sinä teet. Se on semmoinen mistä nyt enemmän ja enemmän puhutaan taas tästä moniammatillisuudesta ja mitä se nyt sitten taas oikein pitää sisällään (nauraa). Se on nyt muotoutunut meillä tämmöiseen meidän systeemiin ja näin mutta mitä muuta se voisi olla, niin se on sitten tietysti että voisiko sitä vielä syventää jollain lailla mutta itse en koe niitä ollenkaan hankaliksi, aina se on hyvä vähän kuulla toistenkin kantaa ja useinkin se antaa vahvistusta siihen itsellekin siinä työssä että tavallaan saa siitä tukea sieltä työryhmältä.” SAS-sjuksköterskan

Socialarbetaren kommenterade också mitt val av just detta sjukhus för studien. Hon upplever här att hennes roll är klar och har stärkts med åren. Men hon tror att ifall jag skulle göra en motsvarande undersökning inom specialsjukvården dvs. på ett centralsjukhus, så skulle tankegångarna där vara annorlunda kring socialarbetarnas roller och verka mera diffusa.



Läkaren reflekterar också över sin egen arbetssituation och upplever att det är skrämmande att ingen följer egentligen upp hans arbete. Han uttrycker att han har väl fått ett stort förtroende men han skulle vara tacksam över få någon gång handledning och en genomgång över det han har gjort. Han skulle också önska stöd för hur han skall leda arbetet på avdelningen. Men han poängterar att han har själv studerat i Sverige och där står alla på samma linje. Han upplever också att så är fallet på avdelningen och att inte det finns den hierarkiska ordningen här som han har sett på många andra ställen.

Både socialarbetaren och gruppsjuksköterskan lyfter fram oron över att det sker för tillfället många förändringar inom organisationen och att antalet anstaltsvårdsplatser skall reduceras kraftigt. De för också fram att trycket på hemvården är mycket stort och att man inte har där tillräckliga resurser att ordna hemvård åt alla på ett tryggt sätt.

”Täällä on katso niin paljon muutostyötä nyt menossa, että se on aivan jotakin järkyttävää, täällä ei kellään ole enää pallo hallussa pian. Että kyllä minua suuresti huolestuttaa tämä että paikkojen määrää radikaalisesti vähennetään paljon. Ja tämä kotihoidon painottaminen niin kun ei sekään pysty vetää, sen me nähdään konkreettisesti hoitotiimeissä se ne ongelmat. Ja ne ongelmat on ne että vaikka kotihoito on ykköstavoite niin se ei toimi niin kuin halutaan että se toimii. Siellä ei ole resursseja ja vaikka on palvelusetelit tullut ja yksityisten palvelutuottajat niin se ei riitä siltikään. Sitten se on niin vanhalle ihmiselle vaikea hahmottaa sitä palveluseteliä ja hahmottaa sitä mitä se tulee maksamaan ja kaikki eivät pärjä kotihoidossa. Että minun mielestä se on kyllä vähän hälyttävää, niin kuin tämä koko buumi että yksityistetään niin paljon näitä, tätä toimintaa.” Socialarbetaren

Tänä päivänä niin huonokuntoisia hoidetaan kotona. Kotipalvelu pitäisi saada kuntoon ja riittävästi henkilökuntaa ennen kuin laitospaikkoja vähennetään. Myös yksityisten kautta on vaikea saada apua kotiin. Aina otetaan vain siitä paikasta mistä saa eli valinnanvaraa ei ole. Hoitajan työ on myös paljon muuttunut, paljon sihteerin työtä on siirtynyt meille. Kaikki kuuluu nyt jotenkin meille ja meidän pitäisi aina joustaa...” Gruppsjuksköterskan

Socialarbetaren konstaterar till sist att kanske har man för många anstaltsvårdsplatser men en del av dessa kunde då förändras istället till vård (hoiva) liknande platser för sådana som inte klara sig i hemvård. Socialarbetaren upplever att det finns många saker som kunde utvecklas. Men det pågår hela tiden så många förändringar att det är också svårt att hinna och orka med

alltihop beträffande den egna arbetssituationen och att kunna mera allmänt åstadkomma förändringar.

## **7.6 Analys av FYS-SOC-SAS-gruppens möten**

Härnäst går jag över till att återge svaren från analysen av mötesdiskussionerna. Jag deltog på sammanlagt tre möten och bandade in allt som sades. För att läsaren skall kunna följa med vem som har sagt vad, har jag använt följande förkortningar för mötesdeltagarna:

Soc. = socialarbetaren

Sai. = gruppsjuksköterskan

Läk. = avdelningsläkaren

Fys1. = fysioterapeut

Fys2. = fysioterapeut

### **7.6.1 Socialarbetarens roll och expertis**

Utgående från en analys av de tre FYS-SOC-SAS-möten som jag deltog i har jag kommit fram till att socialarbetaren har en klar och viktig roll inom denna multiprofessionella arbetsgrupp. Det går att urskilja åtminstone 4 centrala roller eller uppgifter som socialarbetaren innehar från fall till fall. Dessa går förstås in i varandra men dessa distinktioner av socialarbetarens roller kan ändå enligt min mening klargöra socialarbetarens varierande roller på mötena.

Den första centrala rollen som socialarbetaren har är att *föra fram patientens hemmasituation och sociala förhållanden*. Det handlar om att ge uppgifter till gruppen om var och hur patienten har bott före sjukhusvistelsen. I många fall är det socialarbetaren som har haft de första kontakterna till patienten själv eller de anhöriga. Patienten kan vara i kö till en vårdplats eller redan bo på en boendeenhet. Kontakten till socialarbetaren kommer vanligtvis via SAS-byrån och socialarbetaren har i egenskap av expert gett information och rådgivning om åldringsvården och serviceutbudet.

Soc. ”Tämä on meidän vanhastaan SAS-listallakin tämä rouva...

Soc. Kotihoito sillä on niin kuin periaatteessa 3 kertaa päivässä mutta ei se katso riitä kun se oli ollut tässä kunnossa...niin nehän ei saanut mihinkään. Täytyy se sitten katsoa mihinkä täältä pääsee...”

Soc. ”Kyllä sen voi ottaa kuitenkin SAS-jonoon, ruotsinkieliseen paikkaan jos tulisi XXX jotain sopivaa niin ...

Läk. Jo...

Soc. Minä nyt niistä sen kanssa lähinnä puhuin, minä tulen sitten täyttämään sen hakemuksen. Kyllä me sitten täytetään se siitä asunnosta.

Sai. Suostuuko hän nyt sitten että hän menisi?

Soc. Ei hän suostu mutta hän ei halua kotiin. Hän ei pärjä kotona.”

Soc. ”Mutta tähän on muistiongelmainen mies kyllä tosiaan tämä. Se joutui XXX:lle kun se oli möbleerannut kaikki huonekalunsa yksin yöllä ulos... ja sitten tosiaan se meni niin sekavuustilanne että sen takia se silloin meni sinne mutta...kyllä se nyt jonkun pätkän on ollut tuolla...tuota niin...”

Under mötenas gång är det vanligtvis till socialarbetaren man ställer just frågan kring hemmasituationen och i vilket skick patienten har varit samt hur mycket utomstående hjälp denna har haft. Socialarbetaren har i många fall den största kännedomen om dessa aspekter och man litar på de uppgifter som hon ger. Förstås får man också från avdelningens sida uppgifter i varierande grad om hemmasituationen av patienten själv och anhöriga. Men vanligtvis är det socialarbetaren som kan, i de fall som patienten är känd för henne från tidigare, ge ytterligare uppgifter som är mycket värdefull när man skall ta ställning till speciellt den fortsatta vårdplatsen.

Soc. ”Minä kävin sen kanssa juttelemassa kun se asuu siinä rivitalojen puolella ja tuota 1 kertaa viikossa on suihkuapua että, tottahan se lähtökohta on että sinne apuja..

Fys2. Kyllä..

Soc. Se olisi toivonut siirtoa sinne boendetiin puolelle. Minä sanoin, että ei näin hyväkuntoiset vielä siirry mihinkään. Ja sitä paitsi siellähän on etupäässä raskaasti dementoituneita ihmisiä nykyään siellä.”

Läk. ”Tunnetko sinä tätä XXX?

Soc. Jo, hyvin tiedetään, siis lukuisia kertoja puhelimitse puuttuu kun se hoiti sitä miestänsä sitä XXX pitkään ja XXX kävi intervallissa ykkösellä. Sitten on tehty kotikäyntejä tänne kyllä, meidän muut sosiaalityöntekijät on tehnyt ja kotihoito, kaikki tämän kyllä hyvin tietää tämän..

Läk. Hm..onko siinä ihan sitten rahalliset syyt minkä takia hän ei suostu ottamaan sinne kotiapua?

Soc. En minä usko, ei tämä taloudellista ongelmaa ole.

Läk. Jo, mitä minä nyt tuota omalääkäriin kautta tekstejä luen ja tuota, apua sinne tarvittaisiin ja muistihäiriö on kyllä ihan selvä että, sitä pitää kyllä kanssa diagnostisoida että...

Soc. Jo.

Läk. Että kotipalveluohjaaja on ehdottanut sinne edunvalvoja kanssa käymään...että ja kyllä sinne kannattais rutiinit aloittaa...että talo pysyy kunnossa ja ....

Soc. Harva edunvalvoja kuitenkaan puutu tämmöiseen enemmän sitä taloutta pyörittää..

Läk. Jo...

Soc. Mutta koti tietysti näkee...

Sai. Kotipalvelu huomenna soittaa tälle ja sopii sitten käynnistä...

Läk. Joo, täällä tulee kyllä semmoinen kuva että hän ei kyllä lääkkeitä siellä kotona hallitse, tekee vähän niin kuin itse haluaa..

Soc. Kyllä se varmaan muutenkin tekee vähän niin kuin se itse haluaa..

Sai. Niin varmaan. Jo, niin minäkin luulen..

En annan central roll som framgår ur mötesdiskussionerna är *socialarbetarens expertroll* och vad som anses höra till socialarbetaren att utreda och det som hon anses ha bäst kunskap om. Det handlar i stora drag om en utredning av den ekonomiska situationen, ordnande av intressebevakning för en patient samt att samordna den fortsatta vården i mera knepigare fall där många instanser skall samarbeta. Det kan gälla situationer där det t.ex. saknas anhöriga som kan hjälpa till med detta och övriga praktiska saker gällande patientens helhetsituation. Många av patienterna behöver också efter sjukhusvistelsen en mer eller mindre regelbunden intervallvård. Denna sköts också om via SAS-byrån och socialarbetaren sköter om att ordna med denna för de som lämnar de båda akutavdelningarna.

Soc. ”Katso siinä on semmoinen että siinä on sisäinen siirto XXX. Niin sen takia nyt on tänään saatu tietää että ne siirrot tapahtuu siinä niin että ensi viikolla varmaan joskus loppuviikosta varmaan, niin saataisiin se XXX huoneen käyttöön. Mutta katso kun minun pitää organisoida se muutto nyt kun sillä ei ole vielä edunvalvoja eikä sillä ole omaisia, niin minä olen alustavasti puhunut XXX:firmän kanssa että ne menee plokkaamaan, se on aika askeettinen kuulemma se nykyinenkin asunto ja elämäntapaakin. Että se on helposti katsottu mitä se sitten...Niin minä olen pyytänyt XXX, sillä on avaimet, niin ne menee katsomaan ja mitä se tarvitsee ja kysyin XXX haluaako se tilata inva, jos menisi pari tunniksi sinne itse katsomaan, mutta ei hän...Kyllä XXX saa hoitaa sen, näin on sovittu.”

Den tredje rollen som framgår för socialarbetaren handlar om *bedömningen av patienternas hjälpbehov*. Här framgår också socialarbetarens bidrag till en helhetsbedömning av patientens skick och med tanke på var denna person skulle kunna klara sig efter sjukhusvistelsen och med hur omfattande hjälpinsatser.

Soc. ”Minä vähän itse hämmästyin kun minä näin XXX kävelevän niin se oli huomattavasti...töpöttää aivan eri tavalla kun viimeksi.

Läk. Siis nyt?

Soc. Niin. Sehän oli kun ilman apuvälinettä aikaisemmin, minä jotenkin hämmästyin suuresti kun minä tulin siitä timistä. Minä näin sillä oli joku ystävätär täällä ilmeisesti eilen, se meni aivan semmoista hyvä kun pääsi eteenpäin...niin sillä tavalla se ei ole kyllä liikkunut aikaisemmin, se on mennyt lujaa alaspäin tämä ihminen, todella vauhdilla.

Läk. Ok, hyvä kuulla niin tiedetään se muutos.”

Soc. ”Siinä kyllä jotenkin hämmästyttää nyt, tämä ihminen on nyt ruvennut pyörimään meillä tiuhaan. Onko tämä nyt kolmas kerta aika lyhyen ajan sisällä kun se on ollut osastolla. Tämä kaatuilu on ollut jatkuvasti ongelma kotona, ensinhän oli ne rappuset siinä vanhassa puutalossa, jonka takia omaiset hankki sille sieltä XXX puitteiltaan hyvän vuokra-asunnon, nyt se oli kaatunut nyt sitten siellä omiensa kertomansa mukaan suihkutiloissa ja sitten tuota kompastunut johonkin mattoon...”

Då ett långvårdsbeslut görs för patientens del, framkom också att läkaren vill få bekräftelse av de andra i gruppen angående att långvårdsbeslut är korrekt, även av socialarbetaren.

Soc. ”Mun mielestä tämä rouva ei pärjä muualla kun tässä, jossakin täällä näin...”

Läk. Tällä mäellä, hm...

Soc. Kyllä se niin paljon kuitenkin hälyttelee apua ja tarvitsee jotakin...

Läk. Jo, no tässä olisi todellakin XXX.

Soc. Jo, todellinen tarvitsija.

Läk. Todellinen paikantarvitsija, jo, tuota onko sen mukaiset päätökset tehty niin kuin koneelle, ei ole. Tässä kerrankin ikä puoltaisi sitä että se on järkevin paikka.

Soc. Hm...

Läk. XXX:n, omaisia nyt ei ole kuultu....

Soc. Ei ole kuultu, poika nyt on aika aktiivinen kuitenkin että...

Läk. Hm...

Soc. Pitäisikö...

Läk. Oletko yhteydessä häneen...

Soc. Kyllä minä voin olla, sen takiakin kun sitä XXX (en annan vårdplats) on puhuttu että saadaan se nyt keskustelua pois.

Läk. Jo, mutta tehdään nyt sitten tälle päivämäärälle pitkäaikaishoitopäätös.”

Den fjärde rollen som klart kommer fram under mötenas gång handlar om socialarbetarens roll som *en länk mellan sjukhuset och patienten eller anhöriga*. Socialarbetaren för fram patientens och anhörigas önskemål gällande den fortsatta vårdplatsen. Även de övriga medlemmarna har insikter om dessa och redogör för vad som har kommit fram främst under avdelningsvistelsen för patienten.

Soc. ”Tästähän se miniä soitti kanssa XXX:sta...

Läk. Jaha...

Soc. Se asuu XXX rivitalossa tämä rouva ja tämä toivoo sinne gruppboendetin puolelle se oli se hänen asia miksi soitti ja minä sanoin, että katsotaan nyt ensin mitenkä tämä toipuu, kun se on vasta tullut.”

Läk. ”Se kotitilanne nyt tässä on se varmaan ratkaiseva...

Soc. Siellä kyllä apuja käy mutta minä en muista määrää, mutta kyllä sillä on ulkopuolista apua. Mutta se että kuinka paljon se antaa puuttua siihen lääkitykseen ja tämmöistä...se on varmaan aika päättäväinen tämä.

Läk. jo...

Soc. Ja itse kuitenkin tekee ja haluaa...

Läk. Kollega XXX on tässä laittanut että potilaan minimentaltestituolokset ovat olleet niin hyviä ettei lähetettä laiteta muistipolille, mistä nyt sitten tämä aloite? Tässä kyllä joku epäily on ollut muistihäiriöstä...

Soc.Hm, ei ainakaan tuossa puhelimesta tulisi käsitystä siitä että hänellä olisi muistihäiriötä, enemmän ehkä joku psykausta kuitenkin.”

Socialarbetaren är alltså en tydlig förmedlare av patientens egna åsikter och socialarbetaren är mån om att föra fram dessa och anhörigas synpunkter. Socialarbetaren gör också, som det framgår av citatet, sin egen bedömning av funktionsförmåga och hurudan uppfattning hon har om vårdbehovets bakomliggande orsaker.

## 7.6.2 Fem aspekter för samarbetet

Mötesdiskussionerna analyserades som tidigare nämnts utgående från Isoherranens fem aspekter för att kunna åstadkomma ett fungerande multiprofessionellt samarbete. Den första aspekten som Isoherranen (2005) betonar är *klientnärhet*. Den handlar om att patienten bör alltid vara i centrum. Genom att samlas i grupp kring en enskild patients ärende vill man åstadkomma bättre resultat än vad som skulle uppnås enskilt. Denna aspekt har också och göra med hur medvetna gruppmedlemmarna är om patientens egna önskemål och att man kan ta dessa i beaktande när man gör en bedömning av patientens nödvändiga vårdinsatser. Fastän patienten inte själv är närvarande på mötena, så kan graden av klientnärhet stå för hur långt man vill hörsamma patientens egna och anhörigas åsikter kring den fortsatta vården. Det behöver inte betyda det samma som att man alltid gör precis så som patienten eller de närmaste vill. Men man skall ändå kunna beakta deras synpunkter. Den slutgiltiga

bedömningen måste ändå grunda sig på en medicinsk och trygg bas, även inbegripa ett beslut som har utgått från patientens faktiska vårdbehov.

Läk. ”Hm...mutta minun mielestäni tehdään nyt väärin jos lähdetään kotiutuksesta nyt torstaina tai perjantaina....koska kyllä siellä on nyt jotakin, tässä liikkuminen on ollut kuitenkin paremmin...

Sai. Niin ja kun hän itsekin tykkää että hän on nyt mennyt huonoksi...

Läk. Jo...minä joudun perehtymään potilaaseen enemmän...”

Soc.”Minä tunnen tämän rouvan tausta kun se on ollut meillä SAS-listalla kiireellisenä ties miten pitkään ja viime kesänä yritettiin tosi voimallisesti sitä kotoa XXX:iin ja annettiin aikaa ja odotettiin ystävät paikalle, että tytär olisi saanut. Mutta ei, ei onnistunut, se on niin itsepäinen, se pärjää tosi hienosti kotona siellä käy kotipalvelu ainakin 3 kertaa päivässä mutta kun hän ei suostu sieltä muuttamaan.

Läk. Potilas ei suostu muuttamaan?

Soc. Ei suostu muuttamaan, sitten tytär luovutti siten että hän ei sitä saa sieltä lähtemään vaikka kaikki, kotihoito, omaiset ovat sitä mieltä että se hoito ei suju, sen pitäisi päästä jonnekin ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan mutta kun hän ei itse halua.

Läk. Tässä tytär pari viikkoa sitten soitti, että hän ei toivo että hän tulisi siitä kotiin ja se ei syö lääkkeitä siellä kotona...

Soc. Ei., ja ei tavallaan ota vastaan sitä apua mitä sitten tuodaan kotona.

Läk. Yöt täällä on ainakin mennyt rauhallisesti kun hoitomerkitöjä katsoo.

Soc. Tytär varmaan, nyt tässä olisi helppo siirtää tästä jos olisi joku paikka mihin siirtää mutta meillä ei ole ruotsinkielisille, nyt meillä on niin useita jonossa joka puolella ollut pitkään että XXX ei voi nyt saada mitään kyllä, mutta tarvitsisi varmasti.”

Vid de tre gruppmötena som jag deltog i gick man i tur och ordning igenom varje patient som var intagen på avdelningen. Man diskuterade kring patientens aktuella hälsotillstånd och funktionsförmåga, hur rehabiliteringen framskred, vad patienten har för tankar om fortsättningen samt vad gruppens syn är på patientens fall. Vissa patienters situation behandlades tidsmässigt snabbare och mera ytligt. Det berodde ofta på att rehabiliteringen var ännu på hälft eller att den medicinska biten inte var klarlagd. Patienten var kanske fortsättningsvis i så dåligt skick att det inte gick för tillfället att dra några slutsatser kring fortsättningen. Läkaren uttryckte vid flera sådana fall att man får återkomma om ett par veckor och ser hur läget är då.

Längre och djupare diskussioner fördes kring de patienters situation där man började förbereda för en hemförlovnings eller om patientens hälsotillstånd hade kommit till en sådan punkt att

man bedömde att personen inte kan återvända hem utan bör vänta på t.ex. en långvårdsplats. Här syntes att gruppmedlemmarna gick igenom patientens situation mera grundligt och man ville även veta patientens och anhöriga synpunkter. Vid genomgången av flera fall hade patienten själv eller de anhöriga uttryckt andra tankegångar kring den fortsatta vården. Då diskuterade man inom gruppen hur man kunde förklara och begrunda besluten för patienten själv (ifall möjligt med tanke på hälsotillståndet) och till de anhöriga.

Läk. ”Kyllä meillä on medisiinia tässä vielä kesken....mutta tuota...fyysisen kunnon puitteessa varmaan voisi siirtyäkin jo muihinkin asumiseen..

Soc. Niin...

Läk. Mutta onko se nyt sitten koti, annetaanko me tyttären ja pojan päättää...

Soc. Meidän piti tavata ne nyt sitten vielä loppuviikosta kun se poikakin halusi olla ja...

Läk. Hm...

Soc. Sitten saataisi kuulustella sitä asuntoa vähän ja miltä se näyttää nyt se koko touhu siellä...

Läk. Jo...

Soc. Kyllä mua vähän askarruttaa tätä laittaa kotiin, tämä on kyllä niin muistamaton...

Sai. Hm...jo, tämä on niin...

Läk. Jo...mutta tavallaan muistetaan että meillä on paljon iäkkäimpiäkin muistamattomia kotihoidossa, että...

Sai. Jo...

Läk. Tämä viettää vain 25 vuotta laitoshoidossa parhaimmillaan...

Sai. No, sepä...

Soc. Jos se pysyy kotona niin sitten varmaan voisi hoitaakin sen siinä...

Sai. Asuuko tämä sitten ihan yksin siellä?

Soc. Yksin omistusasunnossaan siinä XXX-kadulla...”

Den andra aspekten, *sammanslagning av kunskap och de olika synvinklarna*, handlar om varje medlems specialkunnande och hur öppen man är för att ta del av varandras synvinklar och kunna sammanfoga dessa till en gemensam bas för fortsatta åtgärder. Det har även och göra med hur långt gruppmedlemmarna har en uttalad arbetsfördelning utgående från det egna yrkesfältet. Ifall det finns flexibilitet mellan gruppmedlemmarna kan själva utförandet av arbetsuppgifterna variera mellan medlemmarna från fall till fall. Det framgår av mötesdiskussionen att det finns en del uppgifter som man förväntar sig att en viss gruppmedlem skall sköta. Det här är t.ex. att man kollar vanligtvis med socialarbetaren ifall man funderar över patientens ekonomi eller övriga hemförhållanden samt bakgrund. Gruppssjuksköterskan utfrågas när man vill ha reda på patientens senaste och dagliga skick på



avdelningen. Fysioterapeuterna redogör för hur patienternas rehabilitering fortskrider och vad man kan tänka sig för förbättringar framledes.

På mötena var det läkaren som långt fördelade arbetsuppgifterna. Han kunde exempelvis be gruppsjuksköterskan att ha kontakt till anhöriga angående ordnandet av ett vårdmöte kring en patient. Han kunde också instruera fysioterapeuterna att fokusera på en viss helhet inom rehabiliteringen. Socialarbetaren kunde få till uppgift att kartlägga närmare hurdana hjälpinsatser en patient har haft tidigare i sitt hem med tanke på möjligheterna att kunna återgå dit. Det verkade som om den delegerande rollen för läkaren var en given uppgift. På så vis kom man vidare i patientfall som man också kunde återkomma till sedan på nästa möte eller under det dagliga arbetet på avdelningen.

Soc. ”Pitääkö laittaa kotiapua ja semmoisia niille sitten jos tarvetta on?”

Läk. Jo...minä tuota delegoin sitä tehtävä sitten vaikka sulle, että voit olla omaisiin yhteydessä, että pitää...no siellä oli joku tytär ainakin...

Soc. Hm...

Läk. Ja hänestä lähteä sitten rakentamaan sitä... potilastahtoa kuulla että mitä hän itse toivoo ja että voit sitä huomenna vaikka kysyä...

Soc. Jo...

Läk. Sen miten se haluaa sitten se kotitilanne rakentaa...koska eihän kuitenkin XXX voi tässä olla osastollakaan...

Sai.niin...

Läk. Musta vaan tuntuu se sitten että jos siinä on myös se isännän vastuu siinä kotona niin se on... tuota niin varmaan molemmat ovat sairaalassa pian...

Soc.Niin...

Läk. Yes, mutta soitat omaisille ja otetaan sitten sen jälkeen että mitä mieltä he ovat olleet ja haluaisin puhua heidän kanssaan jos tarvetta on....”

Den tredje aspekten, *medveten växelverkan på samarbetet*, inbegriper hur man förhåller sig till varandra och om man har insikter om sitt eget sätt att kommunicera samt hur andra agerar inom gruppen. För att man skall kunna åstadkomma ett diskussionsklimat som är öppet och tillåtande behöver det finnas tillit mellan medlemmarna. Det behöver också finnas en fungerande dialog, som möjliggör att alla får komma till tals på ett jämlikt sätt. Det innebär att när man diskuterar så är alltid flera parter inblandade och det är ingen som håller en monolog. Var och en får uttrycka sina åsikter och bland dessa kan man sedan sammanfatta en gemensam syn och lösning på patientens fall. (Arnkil & Seikkula, 2005).

Angående språket i allmänhet på mötena, så kan man utläsa att medlemmarna använder sig av ett språkbruk som inbegriper många vård- och facktermer. Här är socialarbetaren egentligen den enda som inte använder sig av ett ”typiskt” medicinskt inriktat språkbruk. Men hon verkar ändå vara insatt i vad olika resultat från laboratorier, undersökningar och test innebär. Hon frågar också i många fall vad som har varit ankomstorsaken för en patient till avdelningen.

Medlemmarna verkar känna varandra bra yrkesmässigt och vad varje medlems arbetsuppgifter går ut på. Tonen i diskussionerna upplever jag att är avslappnande och alla får framföra sina synpunkter. Fastän läkaren är dragaren och i sista hand beslutsfattaren för gruppen, så upplever jag att han ger bra utrymme för de andra att uttrycka sina åsikter. Han ställer ofta frågor till medlemmarna och visar att han vill ha allas synvinklar på patienterna för att inget viktigt skall lämna bort. Sålunda upplever jag också att medlemmarna verkar ha förtroende för varandra och lita på det som sägs. En respekt tycks finnas för var och ens sakkännedom i de olika fallen. Man rådfrågar varandra och söker bekräftelse vid osäkerhet beträffande t.ex. en patients verkliga funktionsförmåga, hur de andra har uppfattat patienten vid tidigare vårdkontakter eller huruvida man har gjort ett korrekt beslut om vårdplatsen.

Läk. ”Vielä tästä XXX:n tilanteesta niin omaiset eivät ole tyytyväisiä pitkäaikaishoitopäätökseen eikä potilas ole tässä asialla ja minusta me ei voida kuunnella potilasta tässä koska hän ei tiedä parastaan...

Soc. Hm...

Läk. Niin että onko se kuukausi ollut riittävän pitkä aika tässä seurata tätä vointia vai voisiko se tästä piristyä pari viikon kuluttua? Se vain että jos XXX:n (boendehetplats) annetaan pois niin se on sitten mennyt...

Läk. Mutta eihän se siellä pärjää minä voin vain kuvitella..se on iv-nesteen varassa tässä nyt ollut puolet ajasta ...lääkehoidossa ihan täysin valvottava...kyllä se tuli vielä viikko kaksi siellä kävellen käytävällä mutta nyt kai sillä on laidat ylhäällä...

Sai. Yöllä jo, ja siitä hän ei kyllä yhtään pidä...

Läk. Jo, onhan meillä tuossa XXX (en annan vårdinrättning) varassa JOS on niin että tuntuu että..

Soc. Kestää niin kauan... XXX: kin tässä vuoden on odottanut...

Läk. Jo ja kyllä tämä olisikin ihan hyvä potilas tuonne tavallaan sinne vuodeosastolle..vaikka se käveleekin välillä...tehdään se pitkäaikaishoitopäätös.

Soc. Niin..jos sillä on semmoisia perussairauksia ja kuitenkin että...”

Medlemmarna verkar för det mesta ha liknande tankegångar kring patienternas fortsättning. Det förekommer förstås en del att medlemmarna talar i munnen på varandra när man diskuterar. Men man är ändå mån om att kolla upp vad alla har haft för tankegångar och sålunda vill man kunna införliva olika synpunkter som är viktiga för den slutliga bedömningen.

Soc. ”Se on se pojanvaimo kenen kanssa minä olen puhunut silloin aluksi kun se kyseli näistä maksuasioista ja muistakin puhuttiin...

Sai. No puhuitteko silloin tästä jatkosta?

Soc. No ei koska se oli vasta tullut...

Sai. Niin just jo...

Soc. Se oli niin auki...mutta huonosti sehän oli selvinnyt kotona, vaikka sillä oli ollut se apua kotona, niin se ei ollut..

Fys2. Jo, koska minä mietin että jos siinä olisi se kolme kertaa päivässä kotiapukin niin aamulla ne nostaa istumaan mutta niiden lonkkien takia niin hän ei pysty kauan istumaan...

Soc. Hm, että pitäisi kaiken aikaa...

Läk. Kyllä tässä nyt otetaan järki mukaan, että tuota, tarvitsee yhtäjaksoisesti tuota valvontaa, pitää olla apuna....

Sai. Joo...

Soc. Kahden autettavaa ja.. ..

Sai. Hm....

Soc. Pitkäaikaishoitopäätöskö?

Läk. Kyllä se sille vaikuttaa...tässä on vähän liikaa nyt..

Fys2. Koska hän ei niin kuin liiku niin paljon että voisin alkaa ohjata edes omatoimisiin siirtoihin... hänestä ei ole siihen...

Läk. Niin...

Fys2. Että täytyy sitäkin miettiä että ei pärjää niin kuin yhden avustamana että hän ei juurikaan tule mukaan niihin siirtoihin..aika passiivinen istuu ja on ja silleen että....

Läk. Hm... kyllä minusta tuntuu että se on ihan perusteltu tehdä tuota pitkäaikaishoitopäätös...

Sai. Voisiko se sitten mihin, mitä minä sanon pojalle?

Läk. Kyllä se vaikuttaa sille että ...

Soc./Läk. Vuodeosasto...”

Sålunda upplever jag att den sociala växelverkan mellan medlemmarna verkar vara fungerande och man kan utläsa att det existerar beträffande en del av diskussionerna en slags dialogisk inriktning som inberiber att man jämlikt diskuterar och flera röster är närvarande. Dialogens natur är dock för svår att få ett riktigt grepp om utgående från dessa möten. En mera omfattande studie och djupare analysmetod skulle behövas för att man kan noggrannare studera hur dialogen är närvarande och framträder vid olika delar av diskussionerna.

Den fjärde aspekten handlar om graden av *gränsöverskridning* mellan de olika experterna inom gruppen. Medlemmarna företräder olika synvinklar på patienternas situation utgående från sin egen expertis. Graden av gränsöverskridning kan identifieras genom att granska ifall experterna håller sig enbart till sin yrkesroll i diskussionen eller uttalar man sig även gällande andras synvinklar och sålunda vill bidra till att ha ett utbyte av kunnandet för att få en mera nyanserad insikt om fallen.

Inom FYS-SOC-SAS-gruppen märks det att alla verkar vara intresserad av helheten och inte endast den del som kan anses ligga på det egna ansvarsområdet. Alla är naturligtvis måna om den grundläggande vården och hur denna framskrider. Men ändå upplever jag att en tydlig dimension framstår utöver den medicinska delen av vården. Det är betoningen av öppna vården och patienternas hemmasituation. Alla vill att hemförhållandena och den sociala situationen uppmärksammas. Främst socialarbetaren och även gruppjuksköterskan är de gruppmedlemmar som har de största insikterna kring denna. Men sålunda är socialarbetaren inte ensam om att betona denna.

Läk. ”Se on tavallaan kotikokeilu tämä...

Soc. Niin minä ajattelin että pitääkö sitten hätäpäässä jos ei saa ykköselle ottaa vaikka tänne intervalliin sitten eka kerran ja sitten?

Läk. Niin...jos ei onnistu.

Sai. Jo, tämä olisi hyvä tietää kotipalvelulle sitten kertoa...

Läk. Jo, saadammehan tänne osastolle järjestetty sitten päivä sisälle...

Läk. Mutta se vaan että me tarvitaan kyllä sinne kotin kotiavustaja...

Sai. Hm...

Läk. Se aamukäynti olisi varmaan, uskon että omaiset voi sitten se iltakäynti tehdä tai iltatoimi siellä avustaa....mutta aamukäynti olisi varmaan tarpeen. Ihan minimi.

Sai. Ja yksi viikko nyt sitten?

Läk. Jo...

Fys1. Millä mielellä se rouva nyt oli sitten eilen?

Läk. Oli ihan iloinenkin siitä...eli kotiutuminen olisi nyt sitten maanantaina, keskiviikkona tai torstaina, ei mitään väliä kun vaan päästään kokeilemaan...ei se päivästä kiinni ole.

Soc. Kotihoidosta varmaan myös kiinni...kuinka ne pääsee...

Läk. Hm, kyllä.”

Den sociala dimensionen av patienternas mående och hemförhållandena har en betydande roll på mötena och man vill inom gruppen klartlägga noggrannt denna inom varje enskilt fall. Det framgår genom att fysioterapeuterna kan göra hembesök och kartlägga hjälpmedelsbehovet

före en patients återgång till hemmet. Läkaren vill också ha detaljerad information om anhörigas synpunkter på hemvården fastän han ansvarar i första hand för den medicinska biten. En hemförlovninng görs som tidigare nämnts alltid på läkarens beslut och det märks att han vill ha alla fakta klarlagda innan detta.

Den sista aspekten av multiprofessionellt samarbete, *nätverkstänkande*, avser hur benägna man är att ta med en patients eget nätverk i diskussionerna. Det kan också stå för hur man inom en multiprofessionell grupp kan använda sig av kringliggande gruppers och nätverks kunskap. Utgående från mötena verkar det vara en naturlig del av arbetsprocesserna att höra de anhöriga eller andra instanser såsom hemvården som känner till patienten i fråga. I vissa fall kallar man även in experter från andra områden till enskilda vårdmöten, såsom från handikappservicen ifall det handlar om en patient som behöver hjälp från denna instans i fortsättningen.

Det verkar gå mycket tid till dessa diskussioner per telefon och vid vårdmötena med patienten närvarande. Det framgår att många gånger upplever man att det går för mycket tid till diskussionerna med anhöriga och ordnande med hemservice, hemsjukvård, privat hemhjälp osv.

Läk. "Kylläpä kello vie..."

Fys2. Se johtuu siitä kun meillä on ollut nyt 2 viikkoa paussia...

Läk. Jo, on paljon kesken...olen tässä miettinyt toisen (läkaren och läkarstuderande) meidän irtaa tässä omaiskeskusteluun ja yrittää sillä hoitaa se ei medisiinistä puolta...

Soc. hm...

Läk. Että nyt tavallaan se painopiste siirtyy niin paljon siihen...medisiinet asiat on jotenkin niin kuin hanskassa ja hoidossa mutta että ...

Soc. Tämä on vain se viimeinen etappi monelle miettiä se jatkopaikka ja siitä ei vaan niin kuin vain pääse yli...

Läk. jo...

Soc. Ja se on lääkäri, ei auta kun vaikka puhuu joku muu kun se monesti littyä siihen lääketieteelliseen ne haluaa tietää kuitenkin niin paljon siitä...

Läk. Jo, tuntuu vai jotenkin...

Soc. Kyllä meiltäkin paljon ollaan yhtetyksissä mutta...siitä huolimatta kun ollaan sairaalassa niin ne haluaa lääkärinkin näkökulma siihen asiaan...

Läk. Jo, kotihoidon järjestelyt ja nämä tavallaan keskustelut vie hirveästi voimavaaraa siinä että meillä on edes aikaa perehtyä edes siihen kuntoutukselliseen hoitoon...

Det märks här att läkaren och de övriga upplever att möten är påfrestande med tanke på att man går igenom helhetsmässig 30 patienters situation på en relativt kort tid. Jag tolkar ändå från diskussionerna att medlemmarna är medvetna om betydelsen av yrkesgruppernas överläggning sinsemellan och att allt behöver utredas ordentligt för att man skall få t.ex. en hemförlovning att lyckas tryggt. Men alla utredningar tar även en hel del arbetstid av de berörda och denna tid är då borta från det konkreta arbetet på avdelningen och bland patienterna. Här ser man från ovannämnda citat att läkaren skulle önska mera tid för att kunna fokusera på den medicinska delen. Men det är ändå mycket rörande kontakten till de anhöriga som han behöver vara delaktig i såsom att motivera vid behov vårdbeslut.

Socialarbetaren kommenterar också här att den medikala aspekten av patienternas fortsatta vård är något som inte hon kan motivera alla gånger eftersom man vill ha den medicinska synvinkeln på patienternas fall. Det är naturligt i en sjukhusmiljö att det medikala synsättet är utgångspunkten för vården men de kringliggande sociala aspekterna, som kan ha stor betydelse för slutresultatet, får inte glömmas bort. Dessa är också viktiga att kartlägga grundläggande och gå igenom med de anhöriga för att de skall förstå helheten kring patientens möjligheter att klara sig t.ex. fortsättningsvis i hemmet.

## **8. RESULTATDISKUSSION**

Den empiriska undersökningen har bestått av en fallstudie som har omfattat 4 temaintervjuer med en socialarbetare, läkare, SAS-sjuksköterska och gruppsjuksköterska. Jag har även deltagit i tre multiprofessionella möten (FYS-SOC-SAS-gruppen) på ett specifikt stadssjukhus. I föregående kapitel har jag redogjort först för intervjusvaren enligt en temavis genomgång (fyra teman) utgående från de frågeställningar som hade ställts upp i början av avhandlingen. Senan analyserades mötesdiskussionerna ur socialarbetarens synvinkel och hur det multiprofessionella samarbetet har sett ut bland gruppmedlemmarna. Som en röd tråd genom hela fallstudien har jag alltså haft att undersöka socialarbetarens roll inom hälso- och sjukvården och inom en multiprofessionell kontext. Jag har valt att redogöra för tolkningen av resultaten enligt de fyra huvudsakliga resultaten som jag fann av denna fallstudie.

### **8.1 Socialarbetets roll**

Resultaten från fallstudien visar att socialarbetaren har en tydlig roll som expert och som förmedlare av insikter om patienters hemförhållanden och sociala situation. Av socialarbetarens egna intervjusvar framgår att hon upplever att den egna rollen har förstärkts genom åren. Hennes arbetsuppgifter har klarnat och hon vet vad som förväntas av henne inom sitt eget arbete och inom FYS-SOC-SAS-gruppen. Även läkaren framför liknande åsikter och anser att socialarbetaren har blivit en allt viktigare länk mellan sjukhuset och kontakten till anhöriga samt andra instanser. Socialarbetarens mångåriga erfarenhet och bakgrundsinformation om en stor del av patienternas värderas högt.

Socialarbetarens roll inom den multiprofessionella gruppen framgår också. Socialarbetaren upplevs ha en expertis som omfattar i stora drag skötseln av patienternas ekonomiska situation, lagstiftningen gällande olika förmåner och ekonomiska stöd samt en bedömningsförmåga angående patientens funktionsförmåga i hemmet eller på en boendeenhet. Socialarbetaren uppfattas också som en viktig samarbetspartner för de övriga respondenterna.

Hon har kontakter till andra kringliggande nätverk som också anses utgöra en viktig tillgång för FYS-SOC-SAS-gruppen.

Både Linden (1999) och Korkealaakso (2005) har påvisat liknande undersökningsresultat om socialarbetarens uppgifter och roll inom hälso- och sjukvården. Socialarbetarens expertis erkänns allmänt angående socialskyddsfrågor och lagstiftningen samt vid utredningen av den ekonomiska- och sociala situationen för patienterna. I Lindens undersökning (1999, 7-8) framgick att det fanns ett stort behov av socialarbetet på avdelningarna men att det förekom brister i utredningen av patienternas sociala förhållanden. Socialarbetarna upplevde sina arbetsuppgifter som diffusa eftersom man hade många beröringspunkter med det medikala fältet. De andra yrkesgrupperna använde sig inte av socialarbetarens expertis i tillräckligt stor utsträckning fastän man kunde erkänna denna allmänt.

Det som jag anser att förstärks, vid en tolkning av mötesdiskussionerna, är mina tidigare slutsatser kring socialarbetets betydande roll både allmänt på sjukhuset och på dessa mötena. Utgående från mötesdiskussionerna kunde jag urskilja fyra centrala roller för socialarbetaren. Dessa är att *föra fram patientens hemmasituation och sociala förhållanden, inneha en expertroll, bedöma patienternas hjälpbehov samt utgöra en länk mellan sjukhuset och patienten eller anhöriga.*

Socialarbetaren är aktivt med i diskussionen och man vänder sig ofta till henne just gällande de ovanstående aspekterna. Angående socialarbetarens roll på dessa möten, har tidigare forskningsresultat visat att socialarbetaren kan allmänt fungera som en permanent medlem eller mera vara en konsult som kallas in likt en psykolog för att ge ett utlåtande om patienterna ur socialarbetets synvinkel. Enligt Linden (1999, 133; 152-153) kan denna konsultroll upplevas diffus inom grupperna eftersom socialarbetaren inte är delaktig i den dagliga vården av patienterna på samma sätt som övrig vårdpersonal. När socialarbetaren således skall ta ställning till någon åtgärd, kan det vara svårt att få grepp om helheten eftersom man bara har haft insyn i vissa delar av vården.



Även Korkelaakso (2005) fann i sin undersökning att socialarbetare kunde ha två olika roller i avdelningarnas arbetsgrupper. Man var antingen en permanent medlem av arbetsgrupper som deltog från början till slut i patienternas arbetsprocesser med att göra upp vård- och rehabiliteringsplaner. Eller så var man en besökare på dessa grupper och fungerade mera som en konsult. I den förstnämnda är socialarbetaren en aktiv medlem i grupperna som är med när man definierar problemen och tar del av diskussionen och bidrar med sina insikter som socialarbetare. Men i det andra fallet där man utgör en konsult står man utanför avdelningens övriga verksamhet och rollen kan bli endera självständig eller underlägsen. När man utgör endast en "besökare" på mötena var det svårare att befästa sig roll som expert och det krävdes att man var mycket aktiv med att framföra de egna ställningstagandena. Inom denna roll var man vanligtvis endast närvarande vid en viss del av patienternas proceser t.ex. vid en hemförlovnings och sålunda var man inte delaktig i att bedöma helheten.

Utgående från fallstudien visar det sig att socialarbetaren är en fullvärdig medlem av FYS-SOC-SAS-gruppen. Hon anses inneha den kompetens som behövs för att kunna ge gruppen den information som är nödvändig för att man skall kunna ta ställning tillsammans hur patienten kan tänkas klara sig i fortsättningen. Sålunda tar socialarbetaren, i de fall hon är inblandad i, oftast del av hela arbetsprocesser med patienter. Exempelvis angående hemförlovnings får man då bedöma hur man kan göra denna trygg och med tillräcklig hjälp från anhöriga, hemvården eller övriga instanser. Synen på socialarbetaren är att hon har en egen yrkesskicklighet i och med den sociala synvinkeln på patienternas situation.

## **8.2 Den sociala dimensionen**

Något som också framstod som ett klart resultat var alla undersökningsdeltagarnas något oväntade betoning av patientens hemmaförhållanden och den sociala dimensionen av vårdbehovet eller hälsotillståndet. Enligt Pellinen (1996, 137) har flera andra forskningsresultat påvisat problem för socialarbetaren att framhäva den sociala dimensionen eftersom man kan ofta vara ensam om att företräda denna synvinkel inom olika arbetsgrupper. Under sådana omständigheter kan socialarbetets roll bli mycket begränsad och den medicinska synvinkeln kan ta överhand. Då är risken stor för en medikalisering och att man utgår från

vårdmässiga och medicinska åtgärder kan förklara samt motverka sociala förhållanden och behov. (Riska 2004, 4; Metteri 1996, 147-151)

Utgående från intervjuerna och de möten som jag deltog i kunde jag tolka att den sociala dimensionen är närvarande. Socialarbetaren är inte ensam om att framhäva denna, men hon kan många gånger ha de största insikterna och det är sådant som gruppen vill ta del av för helhetsbedömningen. Det är klart att diskussionen kretsade mycket kring vårdtermer och tolkningar av funktionsförmågan utgående från medicinska aspekter. Men det framgick ändå att i varje patientfall ville man klargöra den sociala situationen och hur denna kan tänkas påverka möjligheterna för en patient att klara sig i fortsättningen främst hemma och med det nätverk som finns kring personen i fråga.

Alla gruppmedlemmarna betonade således den sociala dimensionen och denna har en given plats på mötena vid sidan om den medikala. Diskussionen utgår oftast från den vårdmässiga och medicinska biten av vården men vid ställningstaganden om fortsättningen t.ex. när en hemförlovning blir aktuell, så är man uppmärksam på att hemförhållandena och andra möjliga sociala faktorer som kan påverka patienten är kartlagd. Dessa insikter anser man att man behöver för att bedömningen skall kunna göras korrekt och tryggt. Här tolkar jag också att läkaren har en central roll i hur socialarbetet får svängrum på mötena. Som det framgick av socialarbetarens egen utsago, har läkaren stor betydelse för hur verksamheten på avdelningen och inom FYS-SOC-SAS-gruppen utformas.

Läkaren som deltog i denna fallstudie verkar inse betydelsen av att utreda patienters situationer även ur en social dimension. En slutsats från närvaron vid mötena är att jag fick det intrycket att denna läkare har en ledarstil som inbegriper ett uppmärksammande av allas expertis. Han verkar förstå vikten av att ha ett fungerande samarbete och att man uppnår de bästa resultaten ifall allas specialkunnande får komma till sin rätta. Utgående från fallstudien kan man tolka att denna läkare förstår betydelsen av att granska patientfall ur flera synvinklar och att den sociala dimensionen har en viktig del speciellt med tanke på en patients återgång till hemmet.

### 8.3 Det multiprofessionella samarbetet

Om man ser närmare på de temana som behandlade det multiprofessionella samarbetet och FYS-SOC-SAS-gruppens arbete, så framgår det av intervjuvaren att alla upplever samarbete som något mycket väsentligt. Respondenterna svarar att man behöver varandras expertis för att kunna ge patienterna bästa möjliga vård och service. Angående FYS-SOC-SAS-gruppens verksamhet, anses det allmänna syftet vara att kunna gå igenom heltäckande alla patienterna på avdelningen. Alla får informationen på samma gång och på dessa möten får man dra upp riktlinjer för den fortsatta vården. På mötena tas också de formella besluten om fortsättningen och t.ex. huruvida en patient kan hemförlovas eller behöver långvårdsbeslut. I det dagliga vårdarbetet görs också bedömningar och beslut men på mötena sammanställs ändå tankarna kring varje patient och hur man skall gå vidare.

Angående det multiprofessionella samarbetets natur så har jag i resultatredovisningen redogjort för Isoherranens (2005, 14-15) fem aspekter för att man skall kunna uppnå ett gott samarbete: *klientnärhet, sammanslagning av kunskap och de olika synvinklarna, medveten växelverkan på samarbetet, gränsöverskridning samt nätverkstänkande*. Enligt min mening kan man utläsa ur diskussionerna från FYS-SOC-SAS-gruppens möten att man har ett multiprofessionellt samarbete, som omfattar ett utbyte av varandras expertis. Man vill betrakta patienternas situation från olika synvinklar på ett jämlikt sätt och sammanlänka dessa för en grundligare helhet. På mötena går man igenom de olika delarna av patientens vårdbehov och funktionsförmåga utgående från den egna sakkunskapen.

Diskussionsklimatet verkar vara öppet och man för fram synpunkter som anses ha betydelse för vården och den kringligande aspekterna. Diskussionen är också gränsöverskridande sålunda att man är flexibel i delegeringen av arbetsuppgifter, man vill förutom det egna ansvarsområdet sätta sig in i de övriga delarna av patientens situation och kunna använda sig av de andras insikter för att göra en så korrekt bedömning som möjligt. Det verkar inte heller finnas en uttalad konkurrens mellan gruppmedlemmarna på så sätt att man skulle utgå ifrån att den egna ståndpunkten är den enda riktiga. Istället kan man skönja att medlemmarna vill få stöd och bekräftelse av varandra i tankegångarna.

I teoriavsnittet redogörs för Couch (1986) indelning enligt Mönkkönen (1996, 61) av det sociala samspelet i 5 olika nivåer beroende på diskussionens natur. Dessa är en *social närvaro*, *växelverkan*, *spel*, *samverksamhet* och *inre samhörighet*. Desto djupare och mera medveten diskussionen är med tanke på ett utbyte av varandras kunskap, desto närmare kommer man den femte och mest idealiska nivån för växelverkan. Enligt Couch rör sig grupper mellan de olika nivåerna beroende på hur diskussionen fortlöper. De olika nivåerna kan vara viktiga för medlemmar av en grupp att känna till för att man skall kunna identifiera sitt eget sätt att kommunicera och förbättra detta mot den femte nivån. Denna nivå anses stå för en slags "vi-anda" som innefattar en förtrolig samverksamhet där gruppens arbete står på en trygg grund.

Utgående från de mötesdiskussioner som jag fick observera, så skulle jag dra den slutsatsen att medlemmarna rör sig upp mot den fjärde och femte nivån. Det här gäller speciellt när de skall göra en bedömning och ett beslut angående fortsättningen kring de enskilda patientfallen. Före denna fas av diskussionen är det mest frågan om att man redogör enskilt för vad man har för insikter om patientens funktionsförmåga t.ex. ur en fysioterapeutisk synvinkel. Men sedan när läkaren, i egenskap av ordförande, går vidare till att man bör göra ett ställningstagande, så verkar diskussionen få en djupare nivå av samverksamhet och man vill tillsammans finna de bästa lösningarna.

Multiprofessionella gruppers växelverkan och kommunikationssätt är något som för det mesta sker obemärkt för personerna som medverkar. Jag tror att det är ganska allmänt att man bara uttrycker sina åsikter utan att desto närmare tänka på hur det uppfattas av motparten. Men vissa individer är säkert mera medvetna än andra om sitt språkbruk och sin kommunikation. För en multiprofessionell arbetsgrupp visar otaliga studier som återges för i teoriavsnittet, ändå att det är många faktorer som skall falla på plats för att man skall få gruppers växelverkan och kommunikation att fungera på ett optimalt sätt. Därför skulle det vara viktigt att man har en förmåga att reflektera kring det egna sättet att kommunicera och på så vis kan det underlätta att förstå andras kommunikationssätt och vad man egentligen vill ha sagt.

Det är här som jag anser att den dialogiska inriktningen på kommunikationen kan ge grupper användbara verktyg för att åstadkomma en dialog som inbegriper att alla får göra sin röst hörd.

Isoherranen (1996) har i sin licentiatavhandling enligt Bäckman (2008) granskat inbandat material från 10 olika multiprofessionella arbetsgruppers möten inom hälsovården. Utgående från detta fann Isoherranen fem olika teamtyper. De olika typerna av arbetsgrupper delades in enligt hurudan människosyn medlemmarna hade på patienterna: *humanistisk, konfliktartad, helhetsmässig, naturvetenskaplig eller funktionell*. Enligt Isoherranens resultat lyckades man hålla en skicklig diskussion och/eller dialog endast på ett av tio möten. Isoherranen skiljer på en diskussion och dialog på så sätt att en person som för en dialog kan föredra ett visst förhållningssätt men utesluter inte att det går att förhandla kring denna. En diskussion å andra sidan går mera ut på att man vill få den egna åsikten godkänd av den övriga gruppen.

Isoherranen lyfter här fram grupperns dynamiska förhållanden sinsemellan. Man skall fråga sig själv ifall man faktiskt lyssnar in de andra synpunkter i gruppen? Försöker man förstå den andras synvinkel och ger man alla en möjlighet att delta i samtalen? Angående dialogens förekomst på dessa möten fann jag att samtalen verkade ha en dialogisk inriktning på många ställen men en djupare tolkning av ett dialogiskt kommunikationssätt går inte att utläsa från det material jag har haft tillgång till. Det skulle kräva ett mera omfattande undersökningsmaterial och en annan analysmetod såsom en diskurs- eller diskussionsanalys. Men dialogens betydelse för att multiprofessionella grupper skall lyckas anser jag att är en allt viktigare komponent som inte får bortses från. Det visar också det ökade antalet studier om har gjorts på området.

## **8.4 Patientens ställning**

Jag vill ännu lyfta fram en aspekt som jag upplever att har stor vikt vid en vidare tolkning av resultaten. Det gäller *patientens ställning* och synen på patienten bland de medverkande i undersökningen. Det framgick av fallstudien att tidigare hade man ronder istället för FYS-SOC-SAS-gruppens möten. Då hölls motsvarande diskussioner kring patienterna under själva patientronderna och i deras patientrum. Då kunde man samtidigt samtala med patienterna och många gånger var anhöriga på plats. På de nuvarande multiprofessionella mötena är inte patienten själv närvarande eller anhöriga. Skilda vårdteam hålls vanligtvis vid behov inför en hemförlovning.

Socialarbetaren uttryckte angående de tidigare ronderna att det var bra att få samtala med patienten och se hur denna fungerade i vardagen och vilka vårdinsatser som kunde behövas utgående från det. Nu på mötena kan det hända att socialarbetaren inte själv har träffat alla gånger ifrågavarande patient eller det kan vara ett tag sedan. Sålunda får man förlita sig på de andras redogörelser och vad som finns skrivet i vårdtexterna. Även SAS-sjuksköterskan uttryckte att detta upplevs besvärligt ibland eftersom hon som sjuksköterska vill via samtal med patienten själv bilda sig en uppfattning om funktionsförmågan. Men på mötena gäller det nu att man faktiskt går igenom varje patient noggrant och att man kollar upp sedan uppgifter vid osäkerhet. Även läkaren framförde att patienten får aldrig förbises fastän denna inte är närvarande. Men för tillfället upplevs det av tidsmässiga skäl omöjligt att kunna ha med patienterna på mötena. Man ser heller ingen återvändo till de tidigare ronderna.

Två begrepp som bör klargöras här är skillnaden mellan att utgå från patienten (potilaslähtöisyys) och att vara patientcentrerad (potilaskeskeisyys). Dessa begrepp likställs inom många diskussioner och båda betonar betydelsen av växelverkan mellan patienten och experten. Men en viktig skillnad som bör uppmärksammas är att den förstnämnda går längre utöver att uppmärksamma patientens önsknings och behov. Denna betonar även en samverkande relation mellan patienten och experten under vårdens gång. Sålunda är patienten och dennes närstående i medelpunkten av vården och själva vården består av ett samarbete. (Vuokila-Oikkonen, 2002)

Mönkkönen (2007, 142-145) framför att en klient bör beskådas som ett subjekt och i växelverkan med klienten bör man stöda dess subjektivitet. Med detta avses att klienten är kapabel att göra egna val och påverka sitt liv genom sin egen verksamhet. Ifall denna syn är svag kan klienten uppleva att beslut fattas rörande den egna situationen där man inte själv har fått påverka. Klientens självbestämmanderätt bör höras under vårdprocessen. Men denna kan vara problematisk ifall personens hälso- eller mentala tillstånd sätter begränsningar för vad man kan begripa. Patienten kan göras delaktig i vården på många olika sätt och ett vanligt närmelesätt utgår från *empowermentbegreppet*. Patienten kan själv uppmuntras till att få kontroll över sitt liv och man kan utgå från dess egna resurser. Andra sätt är att få patienten

medveten om sin egen förmåga och att utforma valmöjligheterna för fortsatta åtgärder enligt en rimlig nivå.

I denna fallstudie verkar respondenterna vara medvetna om att det bästa vore ifall patienten skulle vara närvarande på mötena där det diskuteras kring deras fortsatta vård. Men detta anses inte vara möjligt att ordna i praktiken eftersom själva mötestiden tar redan i nuläget upp mycket arbetstid av var och en. Man kan ändå tolka att alla vill sätta patienten i centrum och att en klientnärhet vill uppnås fastän denna person inte konkret är närvarande. Både läkaren och gruppsjuksköterskan uttryckte under temaintervjuerna att de upplever att de representerar patienterna på dessa möten och skall föra fram deras röster. Man för också skilda diskussioner med patienterna under det dagliga arbetet på avdelningen och får via dessa samt av samtal med anhöriga en uppfattning om önskemålen. Det centrala är ändå här att man som innehavare av en viss profession, har en *yrkesetik* som möjliggör att patientens ställning och rättigheter uppmärksammas i alla lägen.

*Om jag slutligen* ännu tolkar resultaten helhetsmässigt från denna fallstudie, så kan jag konstatera att temaintervjusvaren och mötesdiskussionerna går långt i liknande banor. Det som sägs av responderna kring de olika temana om socialarbetets roll och hur gruppen fungerar, stämmer bra överens med hur det verkar gå till i praktiken. Jag deltog förstås bara på tre möten och har sålunda inte följt avdelningens arbete under hela arbetsdagar. Men de verkar ha svarat uppriktigt på mina temaområden och i praktiken ser det ut som om grupperna skulle fungera på det sätt som man beskriver i de individuella intervjuerna.

Förstås måste man vara kritisk som forskare och inse att deltagare i en undersökning vill generellt ge den bästa möjliga bilden av en situation. Forskarens närvaron på de tre mötena kan också få sina konsekvenser, både positiva och negativa. Vissa kan låsa sig i diskussionerna på grund av vetskapen att allt som sägs bandas in. Andra kan igen bli mera medvetna om sitt sätt att tala och kan bli extra uppmärksamma på att handla "korrekt" enligt hur de tror att forskaren vill att man skall bete sig. Jag upplevde på något plan att diskussionerna var mera djupgående på det andra mötet och mest givande ur forskarsynvinkel

på det sista mötet. Kanske min närvaro ändå hade blivit mest accepterad då och mötesdeltagarna kunde slappna av mera fastän de visste om att de var iakttagna?

Men sammanfattningsvis om jag reflekterar kring de båda delarna, så upplever jag att jag har fått tillförlitliga svar på mina temaområden och de tre frågeställningarna. Jag vill ännu motivera mitt val av att analysera de båda materialen skilt för sig i föregående kapitel. Jag upplever att det ökar tillförlitligheten på min fallstudie eftersom läsaren får ta del av svaren skilt från de båda delarna och se hur jag som forskare har analyserat och kommit fram till resultaten. Jag upplevde också att undersökningsdeltagarna hade många intressanta utsagor i båda delarna av fallstudien. Dessa ville jag lyfta fram skilt för sig för att belysa vilka slags tankar det väckte hos de enskilda deltagarna och hur nyanserat man uppfattade ämnet. Sedan upplevde också jag att det var mycket fascinerande att närvara vid de multiprofessionella mötena. Jag fick tillfälle att ta del av hur man arbetar praktiskt inom detta fält, vilket också var mitt övergripande syfte, just att få insikter i socialarbetets roll i praktiken på det medikala fältet.



## 9. SLUTSATSER

Denna pro gradu avhandling har behandlat socialarbetarens roll inom en hälso- och sjukvårdsmiljö samt inom ramen för multiprofessionellt samarbete. Socialt arbete inom hälso- och sjukvården kan allmän definieras som att socialarbetarens verksamhet förverkligas inom en hälsovårdsorganisation och med socialpolitiska målsättningar i syfte att främja och upprätthålla patienternas hälsa samt socialisation. (Linden, 1999, 55) Socialarbetets utgångspunkt är en helhetssyn på sjukdomars och sociala faktorerers inverkan på patienters helhetssituation. Socialarbetaren har vanligtvis en psykosocial tyngdpunkt på arbetsmetoderna och man utgår från att förstärka patientens syn på sig själv och kunna stöda individen att klara av sin vardag. Inom detta område har socialarbetaren också en samhällelig funktion som påverkare där det framgår orättvisor eller problem rörande det hälsorelaterade- och sociala välbefinnandet. (Havurinen m.fl., 1998, 8-9; Linden, 1999, 55)

Det övergripande syftet med denna avhandling har varit att granska socialarbetets roll inom hälso- och sjukvården. Avhandlingens empiriska undersökning har bestått av en fallstudie där det har ingått två olika delstudier; fyra temaintervjuer och närvaro vid tre mötesdiskussioner. Fallstudien har varit riktad till ett specifikt sjukhus. Som metod kan fallstudien beskrivas såsom en jordnära och detaljerad undersökningsstrategi eftersom undersökningsobjektet vanligtvis är ett specifikt ställe, en grupp eller person. (Robson, 1993, 40). Fallstudien ansåg jag att i detta fall skulle ge mig en möjlighet att belysa på ett mångsidigt sätt hur socialarbetarens arbetsfält och roll ser ut inom en hälso- och sjukvårdsmiljö.

I de inledande kapitlen framgår hur socialarbetets roll har allmänt uppfattats inom en hälso- och sjukvårdsinriktad miljö. Som socialarbetare bör man inneha ett mångsidigt kunnande och en klar yrkesidentitet för att man skall kunna ta sin plats inom ett traditionellt medicinskt dominerat arbetsfält. Det framgår att det krävs en klar distinktion av socialarbetarens expertis i förhållande till de övriga yrkesgrupperna inom vården för att socialarbetet skall kunna framträda som en egen profession. (Metteri 1996; Pellinen 1996)

Resultaten från den empiriska undersökningen har redovisats för i kapitel 7 och i kapitel 8 har jag tolkat dessa samt diskuterat kring hur resultaten stämmer överens med tidigare forskning på området. Slutsatser jag kan dra från den empiriska undersökningen är att jag upplever att jag till stora delar har fått svar på mina frågeställningar. Angående den första frågeställningen visar resultaten från fallstudien att socialarbetaren har en klar och betydande roll på det undersökta sjukhuset. Socialarbetaren har en bred arbetsbeskrivning med många olika helheter och hennes roll på stadssjukhuset har förstärkts genom åren. Resultaten överensstämmer med delar av resultaten från Lindens studie (1999). Linden hade jämfört upplevelser om roller och funktion bland socialarbetare som arbetade inom specialsjukvården, primärvårderna och på canceravdelningar. Sammanlagt intervjuades 22 socialarbetare från de olika enheterna.

Det framgick att inom specialsjukvården uttryckte socialarbetarna att de arbetade på en mycket medikal arena och man upplevde sig som en medikal hjälpare. Inom primärvårderna ansåg socialarbetarna att de var i en likvärdig ställning som övrig personal. Inom specialsjukvården upplevde man att yrkesrollen blev allt mer begränsad medan man inom primärvårderna såg en breddning av denna. Inom canceravdelningarna hade man fokus på ett helhetsmässigt betraktande av patienternas mående, men med en betoning av sjukdomens föranledda följder i vardagen.

Resultaten från min fallstudie överensstämmer mest med det som framgick av socialarbetarnas svar inom primärvårderna. Socialarbetarens roll höll på att utvidgas och specialkunskandet uppmärksammades i allt större grad. Här framgick att det multiprofessionella samarbetet inom arbetsgrupper fungerade bättre på hälsocentralerna än på centralsjukhus. Inom primärvårderna hade man lyckats införliva yrkesgruppernas arbetsuppgifter på ett fungerande sätt. (Linden, 1999, 109-114) Socialarbetaren i min fallstudie kan man säga att rör sig placeringsmässigt i ett gränsland mellan hälsovården och specialsjukvården. Socialarbetets roll och utformning verkar vara annorlunda på ett stadssjukhus än på ett centralsjukhus, vilket är naturligt ifall man tänker på mängden specialister som verkar inom den senare nämnda.

Om man går över till den andra frågeställningen, kan man dra den slutsatsen att resultaten visar också här att socialarbetaren har en uppskattad roll som expert inom den multiprofessionella FYS-SOC-SAS-gruppen. Hon ingår som en permanent medlem och har också i övrigt regelbunden kontakt till avdelningen när man behöver socialarbetarens hjälp med någon patient. På mötena kunde man urskilja fyra centrala roller för socialarbetaren, dessa var: *att föra fram patientens hemmasituation och sociala förhållanden, inneha en expertroll, bedöma patienternas hjälpbehov samt utgöra en länk mellan sjukhuset och patienten eller anhöriga.*

Tidigare forskning på detta område visar att socialarbetarens roll inom multiprofessionella grupper hänger mycket ihop med hur man lyckas lyfta fram den sociala dimensionen på klientproblemen. Socialarbetarens expertis och styrka inom hälsovården förknippas ofta med dess nära förhållande till klienterna och deras vardagliga livssituation. Sjukvårdens primära uppgift är givetvis att behandla sjuka människor. Men för att kunna tillmötesgå patienternas behov heltäckande, behöver det finnas andra yrkesgrupper än läkare som även ser till patienternas dagliga och sociala situation. Att insjukna och ha en sjukdom innebär mycket mer än att en själva medicinska diagnosen för en patient. (Nieminen 1995, 52; Metteri 1996, 144; Havukainen 1998, 7)

Metteri (1995, 42-44) påvisade oro under 1990-talet över utvecklingen angående socialarbetets ställning inom hälso- och sjukvården. Multiprofessionellt samarbete och grupptänkande betonades allmänt inom organisationer men i praktiken visade det sig att socialarbetet fick på många håll mindre svängrum gällande enskilda klientfall. Man försökte försvara socialarbetarens roll med att denna behövs inom de multiprofessionella arbetsgrupperna för att tillföra värdefulla insikter och grunder för beslutsfattandet. I många fall framgår det att patienternas problem har många bakomliggande orsaker utöver de somatiska. Ifall socialarbetaren inte finns med i gruppen för att lyfta fram även de psykosociala och samhällseliga orsakerna, kommer man aldrig att kunna hjälpa personerna långsiktigt. (Särkelä, 2004, 42)

I denna fallstudie lyftes den sociala synvinkeln av patientfallen fram som ett positivt resultat. Analysen av fallstudien visade att medlemmarna av FYS-SOC-SAS-gruppen är måna om att den sociala dimensionen kring speciellt den fortsatta vården för patienterna skall utredas och beaktas. Men det behöver ändå inte betyda att den allmänna uppfattningen inom hela organisationen skulle vara att uppmärksamma i en tillräcklig utsträckning de sociala faktorerna. Socialarbetaren uttryckte vid temaintervjun att hon ser tendenser till en allt för stor medikal tyngdpunkt vid placering av patienter, vanligtvis åldringar, till öppna vården och olika former av boendeenheter. Anstaltsvårdsplatserna skall även på detta sjukhus minskas, vilket också har varit en allmän linjedragning nu i hela vårt land. Men socialarbetaren är orolig över utvecklingen. När man gör upp riktlinjerna för framtiden, verkar man inom organisationen ta mindre i beaktande faktorer såsom ensamhet, otrygghet och depression vid ett fastställande av var och i hurudant boende åldringarna skall förväntas klara sig.

Det här är ju sådant som är svårare att påvisa i siffror i jämförelse med mätinstrumentet som kan fastställa i huvudsak den fysiska funktionsförmågan. De "mjukare" och mänskligare faktorerna som inverkar på en människas förmåga att klara sig i vardagen är svårare att framhäva och försvara. Men här ser man klart enligt min mening, att socialarbetaren har en viktig allmän roll att framföra dessa synpunkter och få beslutsfattare att även beakta dessa aspekter av människors boendeförutsättningar. Sålunda upplever jag att hälso- och sjukvårdens socialarbetare har här en viktig samhällelig uppgif på ett mera allmänt plan. Sociala faktorer kring människors rätta boendeanternativ borde mera tas fasta på. Denna uppgift anser jag att är naturlig för socialarbetaren att framhäva inom ramen för sin yrkesroll.

En annan aspekt som framgick av fallstudien kretsade kring öppna vårdens otillräckliga resurser. Enligt Isoherranen, Rekola & Nurminen (2008, 19) har patienternas vård i hemmet blivit allt vanligare och det ställer stora krav på hela servicekedjans funktion (hemifrån-hem-hemma) för att få samarbetet mellan primärhälsovården, specialsjukvården, socialservicen och tredje sektorns tjänster att samordnas. Här betonas ett uppmärksammande av den allt mer åldrande befolkningens behov av vårdinsatser till hemmet. SAS-byråns namn kan vid en första betraktelse låta medikal och rutinmässig: "selvitä-arvioi-sijoita". Men när jag har stiftat bekanskap med verksamheten förstår jag att det finns en tanke bakom om att kunna skraddarsy

för varje patient det bästa alternativet gällande den fortsatta vården. De tre arbetsmomentena som omnämns gör att man vill uppmärksamma olika aspekter av patientens vård och omsorg. Dessa tre delar bör sålunda utredas tillräckligt grundligt för att man skall kunna göra i sista hand en helhetsmässig slutsats om "placeringen".

Men angående ett förverkligande av planerna för den fortsatta vården, stöter man många gånger på problem p.g.a. resursbrister. Det framgick i mötesdiskussionerna att patienterna kunde vara "klinikfärdiga" dvs. de är klara för en utskrivning från sjukhuset men denna går inte att verkställa på grund av öppna vårdens otillräckliga personalresurser. Man använder många privata firmors tjänster via servicesedelsystem men ändå är behovet av vården i hemmet större än vad man kan tillgodose. Det här är något som också tycks vara fallet på många håll i hela Finland. Sålunda får man också fråga sig hur kvaliteten på den vård som ges till hemmet kan se ut under sådana omständigheter? Jag tror att anhörigas och främst barnens möjligheter att ställa upp och ta del av vården i hemmet, minskar hela tiden med tanke på det snabbare arbetstempot i samhället och de egna livssituationerna. Vem skall sist och slutligen ta ansvar för att vården i hemmet ges tryggt, uppfyller kvalitetskriterier och är i en tillräcklig mängd?

Om jag går vidare till att utvärdera FYS-SOC-SAS-gruppens verksamhet så framgår det att patientens ställning reflekteras kring bland intervjupersonerna. Respondenternas är medvetna om dilemmat med hur man skall lyckas uppnå klientnärhet fastän patienten inte själv är närvarande på gruppens möten. Jag upplever ändå att gruppen verkar fylla en viktig funktion och det ger alla yrkesgrupperna ett tillfälle att framföra sina funderingar och att också hörsamma andras åsikter. Sålunda kan man lyckas med att arbeta multiprofessionellt och genom denna ändå kunna komma fram till resultat som har tagit i beaktande patienternas bästa. Jag anser också att mötena ger speciellt socialarbetaren en nödvändig ram för sitt arbete på avdelningarna eftersom hon är fysiskt placerad på ett annat ställe. De regelbundna mötena kring intaga patienterna gör att hon hålls insatt i pågående arbetsprocesser och kan bidra med sitt specialkunnande.

Angående patientens ställning så instämmer jag också med Karjalainen (1998, 42-43) att man i diskussionen om multiprofessionalitet och utvecklandet av samarbetsgrupper, inte skall glömma bort klientens expertis om sitt eget liv. Enligt Karjalainen kan det fort bli ett för stort avstånd mellan de olika experterna och de hjälpbehövande. Således bör man fundera över hur man med hjälp av olika arbetsmetoder kan föra grupperns verksamhet närmare själva klienterna och att det faktiskt utförs i syfte till att hjälpa och lösa deras situation.

Inom den tredje frågeställningen, kan man dra en del slutsatser om FYS-SOC-SAS-gruppens arbete och växelverkan. Jag hade analyserat mötesdiskussionerna utgående från Isoherranens (2005) fem aspekter för ett lyckat samarbete: *klientnärhet, sammanslagning av kunskap och de olika synvinklarna, medveten växelverkan på samarbetet, gränsöverskridning samt nätverkstänkande*. De viktigaste slutsatserna man kan dra kring samarbetet är att man inom den studerade gruppen verkar man ha kommit långt gällande att få arbetet inom gruppen att framskrida beträffande patientprocesserna och man uppnår goda resultat. Medlemmarna känner varandra bra och det verkar förekomma en ömsesidig respekt samt ett förtroende för var och ens yrkesskicklighet. Det som man kan se som ett hinder i gruppens arbete är just tidsaspekten. Det finns en risk för att det blir för bråttom att gå igenom alla patienternas situation tillräckligt grundligt.

Mycket forskning inom hälso- och sjukvården har behandlat samarbetets förutsättningar och hinder. Organisationerna som helhet har vanligtvis en överhängande ideologi som oundvikligen får konsekvenser för de anställdas inställning till multiprofessionellt samarbete och hur man värdesätter olika synvinklar. Även den grundläggande människouppfattningen har en stor betydelse. (Övretveit, 1995) En dialogisk inriktning på kommunikationen medför att röster kan bli hörda. Den dialogiska aspekten och dess betydelse för kommunikationen experter emellan och speciellt gentemot klienterna verkar ha fått en ökad uppmärksamhet på 2000-talet. Som jag uttryckte i resultatdiskussionen, så anser jag att varje arbetstagare borde utveckla sin dialogiska inriktning på kommunikationen. Denna medför en större självinsikt och reflektion kring det egna sättet att betrakta ärenden samt kan hjälpa en att förstå hur andra uppfattar en situation. Dialogens utbredning under mötesdiskussionerna kunde jag inte fastställa bestämt utgående från denna fallstudie. Visst kunde man skönja att det fanns

stundtals en dialogisk inriktning på medlemmarnas kommunikation men någon djupare analys kunde jag inte göra utgående från denna fallstudie.

Sålunda upplever jag att jag fick inte riktigt heltäckande svar på den tredje frågeställningen. Även det multiprofessionella samarbetets natur är svår att fånga av dylik studie eftersom den är tidsmässigt kort och även begränsad. Jag tror att man kunde uppnå mera tillförlitliga och insiktsfulla resultat ifall man kunde observera en samlingsgrupp under en längre tidsperiod. Sålunda ser jag att här finns ett intressant område för fortsatt forskning, ifall man vill klargöra hur multiprofessionella samlingsgrupper kunde utvecklas till att över tid fungera optimalt, speciellt med fokus lagd på dialogens närvaro. Även socialarbetarens roll kunde här fastställas ytterligare inom hälso- och sjukvårdsorganisationer.

*Sammanfattningsvis* kan jag konstatera från denna empiriska undersökning att det verkar krävas om möjligt, en ännu bredare yrkesidentitet och kunskapsbas av socialarbetare inom detta arbetsfält, i jämförelse med andra. Annars klarar socialarbetaren inte av att framhålla sin egen roll och expertis i en utpräglad medicinsk dominerad arbetsomgivning. Man bör även komma ihåg att det finns gemensamma nämnare för alla yrkesgrupper inom sjukvården utgående från Lindens (1999) beskrivning. Dessa är fastställandet av en diagnos, bedömning, förverkligande av lösningsmodeller och kritisk reflektion. Den sistnämnda är det som också borde vara en självklar del av allas arbeten men som kan saknas på håll. Ifall man kan samla allas kunskap och utnyttja dessa vid de tre förstnämnda aspekterna av vården kan man förhoppningsvis uppnå syftet med det egna arbetet och uppleva att patienten får en god och heltäckande vård. Men det förutsätter också att problem som kan hindra att man uppnår ett gott samarbete kan uppmärksammas. Enligt min mening borde mera skolning samt handledning på arbetet ordnas där man kan reflektera kring arbetsmetoder och tillvägagångssätt att få multiprofessionella samlingsgrupper att vara ett användbart arbetsverktyg.

Utgående från denna fallstudie framkom många resultat som överensstämde med tidigare forskning. Men det som man bör kritiskt granska och komma ihåg är att denna fallstudie är just *en studie av ett fall bland många andra*. Det går inte att dra generaliseringar som kan gälla

allmänt för socialarbetets roll inom hälso- och sjukvården eftersom denna studie har omfattat endast ett sjukhus. Men det intressanta är att reflektera kring hur nära man kan ha träffat en mera generell bild av hur ser ut på andra sjukhus?

Denna studie påvisade en del positivare resultat ur socialarbetets synvinkel än vad andra forskare har kommit fram till. Då avser jag främst uppmärksammandet av den sociala dimensionen på FYS-SOC-SAS-gruppens möten. Det som framgick av denna fallstudie är att socialarbetaren ingår i en central arbetsgrupp för en specifik avdelnings verksamhet. Man träffas regelbundet och socialarbetarens närvaro gör att hon kan också vara delaktig i patientprocesserna från början till slut. Hon har också en mångårig erfarenhet och en klar yrkesidentitet som kommer fram genom hennes sakkännedom och personliga hängivelse för arbetet. Just denna del, socialarbetarens identitet och personlighetsdrag, kan också inverka på hur man lyckas ta plats som ensam företrädare av en viss synvinkel. Det här kan kanske utgöra en orsak till att vissa lyckas bättre och sämre med att framhålla sin egen expertis. Det överensstämmer också med resultat av Hintsala (2005) och Eriksson-Piela (2003) som enligt Isoherranen, Rekola & Nurminen (2008, 16) hade funnit att arbetstagarens självkänsla och yrkesidentitet stöder förmågan att samarbeta. En trygghet i det egna kunnandet gjorde att man vågade inneha en mera gränsöverskridande roll inom samarbetsgrupper.

Tolkningar jag gör sålunda utgående från denna fallstudie är att det verkar finnas goda möjligheter för socialarbetare att ha en betydande roll om man arbetar på en mindre enhet eller stadssjukhus istället för ett centralsjukhus. Inom stora enheter verkar det vara svårare för socialarbetaren att kunna framhålla sin expertis och risken blir kanske att man dras längre ut i periferin gällande enskilda patienters fall. Under sådana omständigheter kan det kanske vara vanligare att socialarbetaren har en konsultroll och att man bara är delaktig i vissa delar av hela arbetsprocesser. Sålunda om jag går tillbaka till frågan som jag ställde inledningsvis i min rubrik "Socialarbetaren i en jämlik dialog med de övriga medikala experterna?", så kan jag konstatera efter denna undersökning att socialarbetarens roll är *jämlik* i förhållande till de övriga samarbetsparterna på den medikala arenan. Socialarbetaren har på denna arbetsplats lyckats framhålla socialarbetets betydelse vid ett uppmärksammande av patientens helhet.



Konklusioner är därför att socialarbetarens roll och ställning som en likvärdig kollega och gruppmedlem på det undersökta sjukhuset, verkar höra samman med att hon har ett nära samarbete och en daglig kontakt med den övriga vårdpersonalen vid sjukhuset. Deltagandet i hela arbetsprocesser, gör att socialarbetet kan göras synligt i varje delmoment av patientens vårdtid på sjukhuset. Kontakter hålls också med många patienter och anhöriga via SAS-byrån både före och efter sjukhusvistelsen.

*Till sist* kan jag ytterligare konstatera att som nyutexaminerad socialarbetare, är det troligtvis få som är redo för vad kraven på multiprofessionalitet innebär i det praktiska arbetet. Därför skulle det vara mycket viktigt att man redan inom utbildningen kunde få större insikter i multiprofessionellt samarbete och hur man väl ute i arbetslivet kan lyckas implementera dessa kunskaper. Det gäller också att man på en arbetsplats har en positiv inställning till multiprofessionellt samarbete och att man vill inse vikten av varje medlems input. Personligen tror jag att det underlättar ifall gruppen består av både mera erfarna och nyutbildade yrkesmänniskor.

Man kan fråga sig hur socialarbetarens roll och ställning kommer att se ut i framtiden inom hälso- och sjukvården? Det kan gå i många olika riktningar men i vilket fall som helst står socialarbetet även inom detta arbetsfält inför många framtida utmaningar. Man får hoppas att utvecklingen går framåt på så vis att de traditionellt hierarkiska hälso- och sjukvårdsorganisationerna kan luckra upp sina roller och inse vikten av även den sociala synvinkeln och samarbete över yrkesgränserna. Annars är risken stor för att medikaliseringen tränger in på allt för många områden i människors vardag.

## LITTERATURFÖRTECKNING

Aho, Päivi (1999) Haasteet ja asiantuntijuus sosiaalialan työssä. Helsingfors: Sosiaalityöntekijän liitto r.y.

Ahonen, Päivi: Sosiaalityö, yhteiskunnan muutos ja hyvinvointipolitiikka. Ingår i Sosiaali ja terveysministeriön monisteita 2004:15, Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsingfors 2004, s.56-64.

Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma: Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors 1996, s.16-31.

Arnkil, Tom & Seikkula, Jaakko (2005) Sociala nätverk i dialog. Frölunda: Bokförlaget Mareld.

Bäckman, Sonja (2008) Työkykyarviokokous moniammatillisen työryhmän päätöksentekotilanteena. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja potilaan osallisuudesta. Helsingfors: Helsingin yliopisto.

Esaiasson Peter, Gilljam Mikael, Oscarsson Henrik & Wängnerud Lena (2003) Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad. Stockholm: Norstedts juridik Ab.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tammerfors: vastapaino.

Havukainen, Pirjo, Hiljanen, Sinikka, Passoja, Irma & Sundman, Eeila (1998) Terveystenhuollon sosiaalityön luokitus. Helsingfors: Finlands kommunförbund.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsingfors: Helsingky university press.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2008) Tutki ja kirjoita. Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt (1991) Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur.

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Helsingfors: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Isoherranen, Kaarina, Rekola, Leena & Nurminen, Raija (2008) Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsingfors: WSOY oppimateriaalit oy.

Karvinen, Synnöve: Hajoaako sosiaalityö? –Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors, 1996, s.32-50.

Kihlman, Eila: Sosiaalityön sisäiset ja ulkoiset kehittämistarpeet. Ingår i Sosiaali ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen monisteita 2004:15, Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsingfors, 2004, s.74-79.

Korkealaakso, Rauni (2005) Sosiaalityöntekijä – vieraileva tähti? Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Kuusela, Kirsti: Ohjauksen idea sosiaalityössä – kokemuksia moniammatillisesti toteutetuista työhön ja koulutukseen valmentavista kursseista. Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors, s.95-103.

Kvale, Steinar (1997) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Launis, Kirsti (1994) Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Helsingfors: Stakes.

Launis, Kirsti: Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Ingår i Kirjonen m.fl. (red.): Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1997, s.122-135.

Linden, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Helsingfors: Stakes.

Linnossuo, Outi: Tuottaako sosiaalityö pummeja vai oman elämänsä sankareita, seikkailijoita? Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors 1996, s. 68-75

Matthies, Aila-Leena: Epävirallinen ja virallinen sosiaalityön modernisaatioissa. Ingår i Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli: Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsingfors 1996, s. 92-132.

Metsämuuronen, Jari (2006) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsingfors: International Methelp ky.

Metteri, Anna: Sosiaalisen oikeutus terveydenhuollossa: rakentavista ohjelmapuheista huolimatta sosiaalista vastuuta poistetaan. Ingår i Sosiaalinen vastuu terveydenhuollossa. Teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Stakes, Helsingfors 1995, s.42-26.

Metteri, Anna: Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors, s. 143-157.

Murto, Lasse: Sosiaalityö vastuullisen hyvinvointipolitiikan välineenä. Ingår i Sosiaali ja terveysministeriön monisteita 2004:15, Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsingfors 2004, s.44-56.

Mönkkönen Kaarina (2002). Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Valtamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Mönkkönen Kaarina: Asiantuntijasta asiantuntijaksi. Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors 1996, s. 51-67.

Mönkkönen, Kaarina (2007) Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö. Helsingfors: Edita.

Nieminen, Mauri: Lama terveydenhuollon tasavertaisuuspyrkimysten tahdittajana. Ingår i Sosiaalinen vastuu terveydenhuollossa. Teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Stakes, Helsingfors 1995, s. 50-52.

Nilsson, Björn (1993) Individ och grupp. En introduktion til gruppsykologi. Lund: Studentlitteratur.

Niskala, Asta: Auttamisen arki ja hyvinvointipolitiikka. Ingår i Sosiaali ja terveysministeriön monisteita 2004:15, Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsingfors 2004, s.84-92.

Ojuri, Auli: Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Ingår i Metteri, Anna (red.): Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijän liitto ry. Helsingfors 1996, s. 116-128.

Parviainen, Jaana (2006) Kollektiivinen asiantuntijuus. Tammerfors: Tampere university press.

Payne, Malcolm (2000) Teamwork in multiprofessional care. London: Macmillan press LTD.

Repstad, Pål (1999) Närhet och distans. Lund: Studentlitteratur.

Rintala, Taina, Elovainio Marko & Heikkilä, Matti (1997) Osiensa summa - Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista. Helsingfors: Stakes.

Riska, Elianne (2004) SSKH Notat 1/2005 : *arbete och hälsa: två centrala värden i samhället*. Installationsföreläsning 8.12.2004, (ss.1-23). Helsingfors: FISS Forskningsinstitut (Online). Tillgänglig: [www.http://sockom.helsinki.fi/info/notat105.pdf](http://sockom.helsinki.fi/info/notat105.pdf)

Pellinen, Sanna: Moniammatillisen työryhmän kehitysvaiheet – erikieliset yhteistyössä. Ingår i Metteri, Anna (red.): Sosiaalityöntekijän liitto r.y., Helsingfors 1996, s. 129-142.

Vuokila-Oikkonen, Päivi (2002). Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Uleåborg: Oulun yliopisto.

Stakes (2002) *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto* (1-85). Sosiaali – ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. [Online]. Tillgänglig: [www.http://www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Starrin, Bengt, Larsson, Gerry, Dahlgren, Lars & Styrborn Sven (1991) *Från upptäckt till presentation*. Lund: Studentlitteratur.

Svedberg, Lars (1997) *Gruppsykologi: om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Särkela, Antti: Sosiaalityö yhtenä välttämättömänä t työnä yhteiskunnallisessa työnjaossa. Ingår i *Sosiaali ja terveysministeriön monisteita 2004:15, Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä – artikkelikokoelma*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsingfors 2004, s.36-43.

Wikipedia [ Online ]. Graneheim & Lundman (2004). Tillgänglig: <http://sv.wikipedia.org/wiki/Inneh%C3%A5llsanalys>

Övretveit, John (1995) *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Helsingfors: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Övretveit, John: Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional care* 1996, 10, 2, 163-171.

# **BILAGA1: INTERVJUGUIDE**

## **1. Intervjupersonernas arbetssituation och arbetsuppgifter**

- kön, ålder
- utbildning och arbetserfarenhet
- nuvarande arbete och beskrivning av arbetsuppgifter
- synen på angreppssätt i arbetet, konkreta arbetsmetoder?

## **2. FYS-SOC-SAS-gruppen**

- hurdana samarbetsgrupper- och team finns det på ditt arbete?
- när har FYS-SOC-SAS-gruppen bildats och varför?
- hur är mötena upplagda, hur ofta träffas man?
- vilka ingår vanligtvis i gruppen?
- vad är gruppens syfte?

## **3. Synen på multiprofessionellt samarbete och socialarbetets roll**

- hur skulle du definiera multiprofessionellt arbete, vad bör man tänka på?
- finns det en uttalad eller mera outtalad fördelning av arbetsuppgifterna?
- vem är vanligtvis dragare för mötena, varför? – beskriv!
- hur väl känner du de andra gruppmedlemmarnas arbetsuppgifter och expertis?
- upplevs grupperna som fungerande (varför/varför inte?)
- vilken roll och expertis upplever du att socialarbetet har inom gruppen?
- vilken roll har du själv inom gruppen utgående från de egna arbetsuppgifterna?
- hur upplever du själv att du reflekterar över ditt sätt att arbeta inom gruppen?

## **4. Kommunikationen inom FYS-SOC-SAS-gruppen**

- hur ser du på gruppens kommunikation?
- tycker du att din röst blir hörd? (hur för du fram egna synpunkter)
- upplever du att man strävar till att få en helhetsbild av de olika fallena, på vilket sätt/i vilken utsträckning?
- hur upplever du att man tar i beaktande sociala respektive medikala synvinklar?
- finns det förtroende, tillit och respekt inom gruppen?
- hur behandlas meningsskiljaktigheter/knepiga ärenden inom gruppen?
- vilka förutsättningar och hinder upplever du att det finns till ett fungerande samarbete inom gruppen? Allmänna principer?
- hur upplever du multiprofessionellt samarbete som arbetsmetod? Svarar den mot dagens behov? Hur fungerar FYS-SOC-Sas-gruppen
- borde denna utvecklas på något sätt? Finns det andra metoder att föredra?
- övrigt?