

# "DE LEVER TILLS DEN DAGEN DE DÖR"

Christer Theandersson

Vård i livets slut – en studie av första linjens  
chefer

Rapport nr 1:2010  
ISSN 1404-0913  
ISBN 978-91-85659-56-2



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR PEDAGOGIK



# **”DE LEVER TILLS DEN DAGEN DE DÖR”**

**Vård i livets slut – en studie av första linjens  
chefer**

Rapport nr 1:2010  
ISSN 1404-0913  
ISBN 978-91-85659-56-2

**Christer Theandersson**



## Förord

Föreliggande rapport har skrivits inom ramen för utvärderingsprojektet *Implementering av lokalt vårdprogram i palliativ vård i livets slut inom hälso- och sjukvården i södra Älvsborg*. Projektet som finansierats av ReKo Sjuhärad behandlar vilken betydelse implementeringen av ett palliativt vårdprogram får i ett organisatoriskt sammanhang med tre olika vårdgivare – sjukhus, kommun och primärvård. Inom ramen för detta större projekt är syftet med denna rapport att belysa hur första linjens chefer beskriver och uppfattar palliativ vård i ett tidigt skede av implementeringen av detta vårdprogram. Ytterligare ett syfte är att återge den ledarskapsorientering denna chefskategori ger uttryck för i frågor som rör palliativ vård, liksom att belysa om i så fall på vilket sätt chefernas beskrivningar och uppfattningar ligger i linje med den palliativa vårdfilosofin.

Rapporten vänder sig till chefer och vårdgivare inom verksamheter där palliativ vård bedrivs, samt lärare och forskare som har intresse för palliativ vård, förändringsarbete och/eller organisations- & ledarskapsfrågor i allmänhet.

Avslutningsvis vill jag tacka de chefer som ställt upp och låtit sig intervjuas samt mina kollegor vid Högskolan Borås för kommentarer och synpunkter. Särskilt tack till Lisbeth Åberg Bengtsson och Margareta Oudhuis för värdefulla kommentarer av mitt slutmanus.

Borås i februari 2010

Christer Theandersson



## Innehållsförteckning

<b>UTGÅNGSPUNKTER</b>	<b>2</b>
Palliativ vård	2
Ett lokalt vårdprogram för palliativ vård	4
Syfte	5
Idé- och värderingsstyrt förändringsarbete	5
Institutionellt perspektiv	6
Ledarskapsorientering hos första linjens chefer	8
Metod	10
<b>RESULTAT</b>	<b>14</b>
Den palliativa vårdens innebörd, filosofi och mål	14
Palliativa åtgärder och insatser	22
Närståendestöd	26
Samarbete och samverkan	30
Handledning och stöd till medarbetarna	39
Förutsättningar att bedriva god palliativ vård	41
Uppföljning av palliativ vård	45
Kompetens	47
Vårdprogram	48
<b>SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION</b>	<b>51</b>
Tvärprofessionellt samarbete	51
Samverkan mellan vårdgivare	53
Ledarskapsorientering och samarbete	53
Närståendestöd	54
Kompetens	55
Det lokala vårdprogrammet <i>Palliativ vård i livet slut</i>	56
Referenser	58
Bilaga	61

# UTGÅNGSPUNKTER

## Palliativ vård

Palliativ vård, eller vård i livets slutskede, är i dag en högprioriterad vårdform som den svenska hälso- och sjukvården förväntas tillhandahålla inom alla de olika organisatoriska sammanhang som kännetecknar hälso- och sjukvården, samt i relation till patienter med olika diagnoser (SOU 2001:6, Reg prop. 1996/97:60). Detta märks även i den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen och i den forskning som bedrivs i relation till detta fält (Beck-Friis & Strang 1995, 1999; Ternestedt 1998; Benzein 1999; Rasmussen 1999; Öhlén 2000; Sahlberg Blom 2001; SOU 2001:6, Strang 2002; Sandman 2001; Sandman & Woods 2003).

Palliativ vård definieras ofta som en speciell vårdfilosofi som ska ligga till grund för planering och genomförande av vården i livets slutskede (Ternestedt 1998; Öhlén 2000, Sandman & Woods 2003). Denna vårdfilosofi kan sägas omfatta vissa specifika värden och förhållningssätt som inbegriper en särskild människosyn och etik, samt en specifik uppfattning om livskvalitet, kompetens, yrkesutövning etc. Dessa specifika värden och förhållningssätt kommer bland annat till uttryck i WHO:s definition av palliativ vård (SOU 2001:6), som för övrigt är den definition som används allmänt i den svenska kontexten:

*[Palliativ vård innebär en] aktiv helhetsvård i ett skede när patienten inte längre svarar på botande behandling och när kontroll och lindring av smärta och andra symtom är av största vikt liksom beaktande av problem av psykologisk, social och existentiell art. Det övergripande målet med palliativ vård är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten och dennes familj utan att vare sig förlänga patientens liv eller att påskynda dennes död. Palliativ vård inbegriper en livssyn som bejakar livet och betraktar döendet som en normal process. Palliativ vård innebär att tonvikt läggs på att lindra smärta och andra besvärande symtom.*

*Palliativ vård innebär att såväl fysiska, psykologiska som existentiella/andliga aspekter förenas till en helhet i vården. Den palliativa vården måste kunna erbjuda ett system av stödåtgärder för att hjälpa patienten att leva ett så aktivt liv som möjligt till livets slut och ett stödsystem för att hjälpa familjen att orka med situationen under patientens sjukdom och under sorgarbetet. (SOU 2001:6, s 55)*

I dessa sammanhang betonas också ofta behovet av ett multidisciplinärt team för att kunna erbjuda god palliativ vård, vilket antas kräva tvärprofessionell dialog och lagarbete (SOU 2001: 6; Stolt 2003). Detta beroende på att den palliativa vården skall ges i ett sammanhang med många olika personer och professioner delaktiga och samtidigt ske på ett sätt som gör att patient och närstående upplever kontinuitet. Allt detta i en situation när patient och närstående är utsatta och sårbara och det mellanmänniska mötet därför antas vara av särskild vikt (Wennman-Larsson & Tishelman 2002).

Ytterligare en grundtanke är att den palliativa vården ska kunna bedrivas oberoende av organisatoriskt sammanhang och oberoende av i vilken sjukdom patienten är döende (SOU 2001:6). Detta antas vara en utmaning för de verksamheter som inte har som sitt huvudsyfte att vårda döende patienter, men även för de verksamheter där man ofta vårdar döende men som inte är centrerad kring den typ av patienter som traditionellt har omfattats av palliativ vård det vill säga cancerpatienter.

I många sammanhang definieras och associeras alltså palliativ vård inte endast med vård i livets slutskede, utan innefattar en hel vårdfilosofi. Hospicerörelsen har här varit ett viktigt institutionellt fäste (Seal 1998). Hospicerörelsen växte i mångt mycket fram som en reaktion mot modern medicin med dess, som man ansåg, objektivistiska och atomistiska människosyn där man istället kom att betona holism och patientens subjektiva värld i vårdandet (Seal 1998). Dessa tankegångar återfinns i dag inte endast inom den palliativa vårdfilosofin, utan också i en mer allmän vårdfilosofi som vi finner i akademiska discipliner som omvårdnad och vårdvetenskap som bland annat utgör grunden för sjuksköterskornas professionella kunskapsdomän (Dahlberg m.fl. 2003). Clive Seal (1998) kopplar denna patientfokusering med betoning på patientens subjektiva livsvärld till en i västvärlden allmänt förekommande psykologisk diskurs som han menar är ytterst individualistisk till sin karaktär.

*Psychological discourse in general acts as a pervasive cultural script in late modern, Anglo-American culture. It involves a deeply rooted cultural obligation to be free, so that life events are interpreted as a matter of personal choice, given authority by reference to an inner unfolding of the essential self. Tied to a language of human rights, this discourse is profoundly individualistic, differing markedly from other cultures where trust in authority is more secure and care of the self is more readily given over to others. (Seal 1998:120)*

Den holism som betonas inom den palliativa vårdfilosofin, visar sig bland annat i synen på smärta. Här har man myntat begreppet ”total smärta”, ett be-

grepp som för övrigt också har sitt ursprung i hospicerörelsen. Här understryks att fysiska, psykologiska och existentiella/andliga aspekter av lidandet förenas till en helhet i vården (Seal 1998:113; SOU 2001:6, s 55). Andra exempel på holistiska inslag är att även anhöriga ses som en nödvändig del av vården, vilket betyder att familjen och inte endast patienten utgör den centrala ”vårdenheten”. En betoning på patientens och de anhörigas aktiva deltagande i de beslut som vården baserar sig på innebär att vi även här finner tydliga inslag av den patientfokusering som behandlats ovan. Men i detta fall finns det alltså även en mycket tydlig inkludering av de närstående i konceptet. För att skapa förutsättningar för detta aktiva deltagande från patienter och anhöriga i vårdprocessen framhävs ofta behovet av ett multidisciplinärt team, där inte endast de professionella utan också patienter och anhöriga är engagerade. Denna involvering av ”lekmän” i vårdprocessen har också sitt ursprung i hospicerörelsen.

I nutida palliativ vård understryks i likhet med många andra vårdformer behovet av kompetensutveckling, handledning och stöd till medarbetarna samt kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Här betonas att det inte är ovanligt att personal som vårdar människor i livets slut känner skuld, förtvivlan, hjälplöshet och sorg (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Behov av handledning antas av denna anledning vara stort. Eftersom personalen möter människor i ett akut skede där inte bara den döende personen utan även de närstående befinner sig i en avgörande livssituation understryks även behovet av kompetens och kompetensutveckling (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Personalen förväntas på ett professionellt sätt hantera en komplex vårdsituation som förutom medicinska insatser inkluderar omvårdnad och kurativa insatser som både kan röra sociala och existentiella såväl som praktiska frågor. Nio lokala vårdprogram hade utarbetats i regioner och lands- tings år 2006. Södra Älvsborg var en av de regioner som utarbetat ett eget vård- program i palliativ vård med fokus på vård i livets slut.

## **Ett lokalt vårdprogram för palliativ vård**

På uppdrag av de dåvarande sjukhuscheferna i Alingsås, Borås och Skene samt primärvårdschefen i södra Älvsborg startade hösten 1999 en tvärprofessionell arbetsgrupp arbetet med att sammanställa ett lokalt vårdprogram för palliativ vård i livets slut. Arbetsgruppens representanter kom från lasaretten, primär- vården och kommunerna i södra Älvsborg (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Vårdprogrammet förmedlades till de lokala verksamheterna 2004 och tanken var att detta policydokument skulle kompletteras med lokala handlings- program vilka detaljerat skulle beskriva vem som skulle göra vad och i vilken ordning (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Vårdprogrammet sträcker sig från medicinska och omvårdnadsmissiga rekommendationer till hur etiska och

existentiella frågor ska hanteras. Det är ett omfattande policydokument som beskriver olika aspekter utifrån den palliativa vårdens fyra hörnstenar; symptomlindring, teamarbete, relation och kommunikation samt närståendestöd.

Syftet med det lokala vårdprogrammet är att det ska utgöra grunden för ett gott omhändertagande av människor som på olika sätt behöver hjälp och stöd vid livets slut. Det ska fungera som ett arbetsredskap i vardagsarbetet och ge anvisningar för vägar till symptomlindring både medicinskt och omvårdnadsmissigt där psykologiska, sociala och andliga/existentiella aspekter ska belysas. Det skall även åskådliggöra närståendes situation och behov av stöd och innehålla anvisningar för kvalitetsuppföljning samt belysa samverkan mellan olika vårdgivare omkring den enskilde vårdtagaren och dennes närstående (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Härutöver betonas behovet av kompetensutveckling, handledning och stöd till personalen.

## **Syfte**

Denna rapport skrivs inom ramen för projektet *Implementering av lokalt vårdprogram i palliativ vård i livets slut inom hälso- och sjukvården i södra Älvsborg*. Detta projekt behandlar vilken betydelse implementeringen av det ovan beskrivna vårdprogrammet får för palliativ vård i en organisatorisk kontext med tre olika vårdgivare - sjukhus, kommun och primärvård. Inom ramen för detta större projekt är syftet med denna rapport att belysa hur första linjens chefer beskriver och uppfattar palliativ vård i ett tidigt skede av implementeringen av det ovan beskrivna vårdprogrammet.

Att återge den ledarskapsorientering denna chefskategori ger uttryck för i frågor som rör palliativ vård är att annat syfte, liksom att belysa om i så fall på vilket sätt chefernas beskrivningar och uppfattningar ligger i linje med den palliativa vårdfilosofin så som den uttrycks i litteratur och offentliga dokument där ovan beskrivna vårdprogram utgör en central referens.

## **Idé- och värderingsstyrt förändringsarbete**

Förändring av arbetsprocesser i en kunskapsorganisation förutsätter att medarbetarna tillägnar sig ny kunskap och nya sätt att tänka, något som med nödvändighet handlar om en successiv påverkansprocess (Robertsson Högberg 1997). Beslutsfattare förutser dock inte alltid den komplexa process som det innebär att implementera nya kunskaper, tankesätt och sätt att arbeta. Avgränsade tekniska förändringar är ofta lättare att genomföra än de förändringar som också involverar tankesätt och värderingar (Weiss 1977, 1979; Björkemarken 1995;

Thydén 1999). Medarbetarna förhåller sig inte alltid till denna process som ledningen anser vara mest effektivt och önskvärt beroende på lojaliteter, värderingar, identitet, tid, egenintresse etc. (Hasenfeld 1992; Robertsson Hörberg 1997; Seebrant 2000). Vid valet av implementeringsstrategi tyder forskning på att det är väsentligt att medarbetarna är delaktiga i processen och att strategin bygger på lyhördhet, öppenhet och tydlighet (Trollestad 2000; Vabö 2002). Strategin består i detta fall av en förhandlingsbar förändringsprocess, något som går stick i stäv med en förändringsstrategi där ledningen vill förändra verksamheten utifrån vissa givna värderingar som inte är förhandlingsbara. Hälso- och sjukvården kännetecknas av att vara en kunskapsorganisation av denna typ och vårdprogram har blivit ett viktigt sätt att försöka styra den moderna sjukvården för att garantera vårdkvaliteten (Bejerot & Hasselblad 2003). Olika forskare har emellertid, i enlighet med det som behandlats ovan, problematiserat denna kvalitetsstyrning (Erlingsdottir 1999; Bejerot & Hasselblad 2002).

Med tanke på de implementeringssvårigheter som identifierats i förändringsarbeten av mer eller mindre idé- och värderingsstyrd karaktär så finns det goda skäl att tro att implementeringen av ett vårdprogram i palliativ vård ställs inför större svårigheter än andra mer tekniskt och organisatoriskt inriktade program. Erfarenheter från implementering av palliativa vårdprogram ger vid handen att det finns sådana svårigheter som har att göra med brist på kunskap, samarbetsförmåga, stöd och frånvaro av konsensus kring vårdprogrammets mål (Mörch m fl 2003). Dessa problem kan leda till att de officiella målen med dylika förändringsaktiviteter inte nås. Av detta kan man dock inte dra slutsatsen att insatser av denna typ inte skulle ha någon betydelse alls för verksamheten. Den latent funktionen av mer symbolisk karaktär skall inte underskattas, något som man tagit fasta på inom den nyinstitutionella organisationsteorin.

## **Institutionellt perspektiv**

Det nyinstitutionella perspektivets etablering under 1980-talet innebar en re-nässans för det institutionella perspektivet inom organisationsteorin. Inom det nyinstitutionella perspektivet finns en betoning på yttre förhållandens betydelse för de val som aktörer inom organisationen gör (Rönnqvist 2001:65). Tonvikten i detta perspektiv ligger på verksamhetens legitimitet, vilket innebär att organisationen måste spegla och förmedla förhärskande sociala värderingar och myter i den institutionella omgivningen (DiMaggio & Powell 1983). Detta antagande om institutionell anpassning till omgivningen för att vinna legitimitet torde framför allt vara av relevans för tjänsteorganisationer som skolor, kyrkor och vårdinstitutioner. Detta eftersom dylika organisationer har mål som är mångfaldiga och vaga, teknologerna är outvecklade, kopplingen mellan mål

och medel är underförstådda eller obegripliga vilket gör att effektiviteten är svår att mäta (Boleman & Deal 1995:273). Det innebär att denna typ av organisationer framför allt värderas utifrån om de anslutit sig till policys och koncept som anses lämpliga, effektiva och moderna. Den nutida palliativa vårdfilosofin med de värderingar och idéer som här lyfts fram som tillämpliga och eftersträvansvärda skulle kunna utgöra ett exempel på detta.

Den palliativa vårdfilosofin som finns representerad i olika offentliga sammanhang såsom WHO's policydokument, offentliga utredningar med mera är något som organisationer inom hälso- och sjukvårdssektorn måste beakta för att vinna legitimitet. Lokala vårdprogram i form av policydokument formas, på organisatorisk nivå, utifrån ett institutionellt perspektiv i huvudsak av hur dess aktörer och intressenter tolkar omgivningens krav och förväntningar (Rönqvist 2001; Hasselblad & Bejerot 2002). Utifrån ett institutionellt perspektiv antas drivkraften bakom denna anpassning vara att vinna legitimitet. Detta innebär att formella koncept och policys framför allt får en symbolisk funktion som har funktionen att utåt och inåt exemplifiera och kommunicera värden, som organisationen vill associeras med i syfte att stärka sin legitimitet (Ellström & Nilsson 1997:40).

Under 1980- och 1990-talet genomfördes en hel del fallstudier av offentliga förändringsprocesser där man utgick från ett nyinstitutionellt perspektiv. I dessa studier uppfattas ofta organisationer som tudelade mellan å ena sidan en materiell värld med mer beständiga handlingar och å andra sidan en symbolisk idévärld av språk, symboler och ideologier (Hasselblad m.fl. 2008:64). En vanlig slutsats i dessa studier är att förändringsprocesser stannar inom ledningssfären, utan effekt på arbetsprocesserna i organisationens materiella sfär. Detta innebär att den symboliska dimensionen frikopplas från den "faktiska" materiella arbetspraktiken. De förändringar som består är alltså i detta perspektiv av mer ceremoniell karaktär i form av prat och symboler.

Att den symboliska funktionen betonas innebär dock inte att formella insatser, t ex i form av vårdprogram, inte skulle ha någon effekt alls på organisationens dagliga arbete (Hasselblad & Bejerot 2002). Även om de officiella målen hos dylika insatser inte uppnås, kan dessa ha långsiktiga effekter på organisationen när det gäller språkbruk, hur problem definieras, vad som är tänkbara och legitima lösningar, vad som är verksamhetens inriktning etc. Det har också riktats kritik mot frikopplingstesens där man bland annat pekat på svårigheten att värja sig mot förändringsprocesser när styrpraktiker och relevanskriterier kopplas till monetära mått vilka inlemmas i det dagliga arbetets strukturer och på sätt etablerar en genomträngande kontroll av "kolonial" karaktär (Hasselblad m.fl. 2008:68).

Hasselblad & Bejerot (2002:11) menar dock att det är intressant att ta fasta på effekter som ligger mellan de båda idealtyperna total frikoppling och "kolonialisering". Genomslaget för en viss insats torde vara beroende av ett flertal faktorer, t ex huruvida olika insatser backas upp av lagstiftning och förordningar eller i vilken utsträckning insatsen ligger i linje med professionella gruppers normer, attityder och värderingar. Detta är något som beaktats inom den nystrukturella organisationsteorin (Lonsbury & Ventresca 2004:471). Här beaktas hur nya och gamla yrkesgrupper och till dem knutna institutioner kan påverka organisationsstrukturer, något som i sin tur kan ha betydelse för arbetsformer och yrkespraktiker. Längre fram ska vi se att det finns en hel del beröringspunkter mellan palliativ vårdfilosofi och den generella vårdfilosofi som genomsyrar akademiska discipliner som omvårdnad och vårdvetenskap som bland annat utgör grunden för sjuksköterskornas professionella kunskapsdomän (Dahlberg m.fl. 2003). Detta är omständigheter som kan tänkas underlätta institutionaliseringen av den palliativa vårdfilosofin i moderna vård- och omsorgsorganisationer. Samtidigt skall vi hålla i åtanke att vård- och omsorgsorganisationer är komplexa organisationer med olika vårdgivare och med ett flertal mer eller mindre starka professioner med olika intressen, identiteter och makt (Ellström & Nilsson 1997; Seebrant 2000). Detta är något som kan komplicera styrningsambitioner som innefattar nya kunskaper, tankesätt och sätt att arbeta.

## **Ledarskapsorientering hos första linjens chefer**

Tidigare forskning ger vid handen att första linjens chefer inom sjukvårds- och omsorgssektorn både ger uttryck för ett kommunikativt ledarskap inriktat mot relationer å ena sidan, och ett uppgiftsorienterat ledarskap med fokus på effektivitet i termer strukturering av uppgifter å andra sidan (Wolmesjö 2005; Nilsson 2003). Samtidigt visar denna forskning att tonvikten framför allt ligger på en kommunikativ orientering, en orientering som för övrigt är i samklang med den palliativa vårdfilosofins betoning av kommunikation, relation och samarbete. Ett exempel på detta är Wolmesjös (2005) studie av ledarskapidealet hos första linjens chefer inom äldre- och handikappsomsorgen. De ledaregenskaper som framför allt betonas av dessa arbetsledare är förmågan till kommunikation i termer av att kunna lyssna, vara lyhörd, kunna förmedla mål, vara aktivt kommunicerande, kunna skapa dialog och delaktighet, kunna vinna respekt och vara en god förebild i bemötandet av brukarna. Samtidigt är mötet med vård- och omsorgspersonalen den viktigaste delen i ledarskapet, enligt de intervjuade arbetsledarna.

Kerstin Nilssons (2003) undersökning av vårdenhetschefers ledarskap uppvisar stora likheter med Wolmesjös forskningsresultat. I sitt ledarskap ger vården-

hetscheferna både uttryck för ett relationsorienterad och uppgiftsorienterad orientering samtidigt som relationsorienteringen är mest framträdande. Nilsson menar att detta skulle kunna ha sin förklaring i att det interpersonella perspektivet inom vårdutbildningarna, där patientcentreringen framför allt är stark, har fått ett större genomslag under de senaste decennierna i takt med att omvårdnaden utvecklats som ämne och disciplin:

*Att cheferna betonar vikten av att ha goda relationer till medarbetarna kan därför kopplas till vårdandet där den goda patientrelationen framhålls. Därmed kan den tradition som sjuksköterskornas kunskapsområde vilar på vara en förklaring till att vårdenhetscheferna är relationsorienterade. Samtidigt som de värnar om medarbetarrelationen har de uppgifter som skall utföras och dessa uppgifter är omgärdade av såväl lagstadgade regler som lokalt utformade rutiner. De lever således inte avskilda i sin värld utan påverkas av dess historia och sina utbildningstraditioner likaväl som de påverkas av de sociala och kulturella omgivningarna. (Nilsson 2003:137)*

Balansen mellan relations- och uppgiftsorientering liksom mellan förväntan och möjlighet samt frihet och hinder bidrar både till bekräftelse och utmaning i ledarskapet menar Nilsson, något som hon kallar för ledarskapets dubbelhet. I resultatet framkommer vidare att samspelet med såväl egna chefer som medarbetare är av vikt i ledarskapet. Vikten att få medarbetarnas acceptans bidrar dock till att relationen till dessa är viktigast vilket talar för att cheferna, i likhet med cheferna i Wolmesjöes studie, betonar förtroendet i förhållande till medarbetarna. Vårdenhetscheferna i Nilssons studie beskriver relationen till medarbetarna i termer av att ge stöd och ta hänsyn, understödja samarbete, undvika konflikter och försöka skapa trivsel. Detta sätt att förhålla sig är i mångt och mycket i samklang med en ledarskapsstrategi där relationsorienteringen är stark (Nilsson 2003:142). Samtidigt skall man hålla fram att det finns chefer i Nilssons studie som ger uttryck för ledarstrategier där uppgiftsorienteringen är stark. Ett exempel på detta är den kontrollerande strategin som har fokus på vårdpersonalens uppgifter i relation till patienten (Nilsson 2003:147). Detta innebär att chefen ser sig som expert som korrigerar medarbetarnas beteenden inom omvårdnadsarbetet om det inte uppfattas som optimalt.

Kerstin Nilsson lyfter i sin studie även fram en tredje orientering, nämligen det utvecklingsorienterade ledarskapet som under de senaste decennierna betonats inom ledarskapsforskningen (Nilsson 2003:146). Kommunikation, vision, bemyndigande liksom tillit och förtroende har ansetts utmärkande för detta ledarskap. Det utvecklingsorienterade ledarskapet, som har stora likheter med det transformella ledarskapet, går att finna hos vårdenhetscheferna, eftersom peda-

gogiska strategier och förändringsstrategier går att tolkas som sådana menar Nilsson.

Nilsson refererar till forskning som tyder på att vårdenhetschefernas roll gått från att vara patientorienterad till att vara administrativt och ekonomiskt inriktad där de huvudsakliga ansvarsområden nu handlar om arbetsledning, ansvar för avdelningens verksamhet och omvårdnad (Petersson ref av Nilsson 2003:17). Man kan anta att det är två omständigheter som lett fram till denna förändrade chefsroll, nämligen decentralisering och ändrad organisering av omvårdnadsarbete mot mer patientorienterade former vilket leder till att man i dessa positioner blir mer chef och mindre kliniskt verksam. Forskning ger vid handen att detta skulle kunna leda till att den kliniska expertroll som enhetschefer haft tidigare inte är relevant längre, eftersom det nu behövs annan kompetens bl a i lagarbete och problemlösning (McGillis Hall & Donner ref av Nilsson 2003:19). I denna nya funktion uppges svårigheterna vara brist på tid, maktbefogenheter och kontroll över verksamheten. Hälso- och sjukvårdsorganisationer framstår också alltmer som magra organisationer samtidigt som det från samhällets och allmänhetens sida finns ökande krav på patienters inflytande över sin vård.

Wolmesjö's studie visar på en liknande utvecklingstendens. Första linjens chefer inom omsorgssektorn är satta under hårt tryck dels genom kravet på chefskap som politiker och överordnade chefer ställer, dels genom kravet på ledarskap från dem som arbetar i organisationen. De prioriteringar som arbetsledarna gör tycks i första hand vara styrda av socialtjänstlagens mål och intentioner (värderationalitet) och i andra hand av budgeten (målrationalitet) (Wolmesjö 2005:238). Som tidigare nämnts ger dessa arbetsledare framför allt uttryck för en kommunikativ orientering där vård- och omsorgspersonalen är den viktigaste delen av ledarskapet. Wolmesjö menar att kommunikation blir allt viktigare när organisationen går från regelstyrning till styrning genom gemensamma mål, värderingar och visioner (Wolmesjö 2005:240).

## **Metod**

Nedan presenteras empiriskt urval, kvalitativ forskningsintervju, genomförande, etiska aspekter, trovärdighet och tillförlighet.

## **Urval**

Det empiriska material som ligger till grund för denna delstudie består av elva intervjuer med första linjens chefer som vid intervjutillfället hade chefsansvar för vård- eller omsorgspersonal. Avseende utbildningsbakgrund var sex sjuk-

sköterskor, tre undersköterskor, en socionom och slutligen en med examen från sociala omsorgsprogrammet. Härutöver hade flera av respondenterna genomgått någon typ av chefsutbildning. Fyra av de intervjuade var avdelningschefer inom en slutenvårds-/sjukvårdsenhet, en var enhetschef inom en hemsjukvårdsenhet och resten var enhetschefer inom två omsorgsenheter. Intervjuerna är gjorda inom ramen för projektet *Implementering av lokalt vårdprogram i palliativ vård i livets slut inom hälso- och sjukvården i södra Älvsborg*, ett projekt som behandlar vilken betydelse implementeringen av ett idé- och värdebaserat vårdprogram får i en organisatorisk kontext med tre olika vårdgivare – sjukhus, kommun och primärvård.

### **Kvalitativ forskningsintervju**

Studien utgår delvis ifrån ett kvalitativt perspektiv på forskningsintervjun i enlighet med de tankegångar som vi finner hos Steinar Kvale (1997). Det grundläggande antagandet är här att intervjun varken är en objektiv eller subjektiv metod, utan att kärnan utgörs istället av den intersubjektiva interaktionen. Med utgångspunkt i Richard J Bernsteins kunskapsteoretiska resonemang argumenterar Kvale för ett dialogiskt sanningsbegrepp, där sann kunskap söks genom rationell argumentation av dem som deltar i ett samtal. Och samtalets medium är språket, som varken är objektivt och universellt eller subjektivt och individuellt, utan intersubjektivt. Temat för intervjun ingår således i en språkligt konstruerad och mellanmännisklig framförhandlad social värld. Detta dynamiska kunskapsbegrepp innebär att inte endast intervjuaren utan även intervjupersonen under intervjun kan ändra sin beskrivning av eller uppfattning om ett visst tema. Intervjun ger förutsättningar för reflektion som kan få den intervjuade att upptäcka nya saker hos intervju föremålet och plötsligt se sammanhang som hon inte tidigare varit medveten om.

En avvikelse i förhållande till Kvales koncept för den kvalitativa forskningsintervjun är att denna studie inte har något renodlat livsvärldsperspektiv, i den bemärkelsen att den blott fokuserar på chefernas ”levda verklighet”. Vad som stod i fokus under intervjuerna var inte enbart respondenternas personliga relation till studiens teman utan även faktiskt handlande och uppgifter kring den formella organisationen. Men detta innebär dock inte att livsvärldsperspektivet skulle vara frånvarande i intervjuerna. Tvärtom finns det en hel del beskrivningar med detta perspektiv representerade i form av uppfattningar, erfarenheter, åsikter, attityder och känslor som intervju personerna ger uttryck för i förhållande till palliativ vård.

## Genomförande och analys

Chefsintervjuerna som ligger till grund för denna forskningsrapport ägde rum i ett tidigt implementeringsskede av det ovan beskrivna vårdprogrammet. De intervjuade cheferna hade haft tillgång till vårdprogrammet mellan 5-12 månader när intervjuerna genomfördes. Samtliga intervjuer utfördes på respondenternas arbetsplatser och tog mellan 1 ½ och 2 timmar att genomföra. Alla intervjuer registrerades digitalt eller på band och transkriberades därefter. Empirin berör åtta övergripande teman vilka explicit beaktades i intervjusituationen inom ramen för en semistrukturerad intervjuform, teman vilka alla beaktas i det ovan beskrivna lokala vårdprogrammet. Dessa åtta teman är;

- den palliativa vårdens innebörd, filosofi och mål,
- palliativa insatser och åtgärder,
- närståendestöd,
- samarbete och samverkan,
- handledning och stöd till medarbetarna,
- förutsättningar att bedriva god palliativ vård,
- kompetens,
- vårdprogram.

Dessa åtta övergripande teman har också legat till grund för analysen av den genererade empirin. Utifrån detta tematiska ramverk har sedan meningsbärande enheter analyserats fram, något som resulterat i ett antal underteman relaterade till de övergripande dito. Härvidlag kan forskningsansatsen beskrivas som abduktiv. Härutöver har den palliativa vårdfilosofin så som den kommer till uttryck i litteratur och offentliga dokument, i kombination med institutionell organisationsteori samt teorier och forskning kring ledarskaporientering, varit vägledande vid analysen. Avseende offentliga dokument så har det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* varit den mest centrala referensen (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004).

Intervjucitat har använts för att illustrera, konkretisera och validera analysresultatet. Citaten har i viss mån "friserats" för att öka läsbarhet, dock med stor försiktighet för att undvika att förvränga dess innehåll och innebörd. Citaten från intervjuerna med avdelningscheferna inom slutenvården har benämnts ACS medan citaten från intervjuerna med enhetscheferna inom kommunen benämnts ECK.

## **Tillförlitlighet och trovärdighet**

Att intervjuerna utförts inom ramen för en utvärdering kan ha bidragit till att respondenterna blivit mer strategiska och politiskt korrekta än vad som varit fallet om intervjuerna utförts inom ramen för ett mer fristående forskningsprojekt. Det finns skäl att anta att vi som utvärderare, i alla fall delvis, uppfattades som verksamhetskontrollanter vilket kan ha påverkat respondenterna att svara på ett tillrättalagt sätt som inte speglar subjektiva uppfattningar och faktiskt handlande. Detta som en strategi för att upprätthålla förtroende och legitimitet för verksamheten i förhållande till ledning, politiker och allmänhet. Detta sätter fingret på intervjumaterialets status; i vilken utsträckning skall det uppfattas som ett resultat av det som intervjupersonerna förväntas säga i sin egenskap av chef och företrädare för en organisation? Min uppfattning efter att både ha genomfört vissa och analyserat samtliga intervjuer är att detta kan variera, framför allt mellan olika intervjuer. Det är framför allt en av de intervjuade som uttrycker sig mycket fåordigt och kategoriskt. Detta kan tolkas som ett strategiskt förhållningssätt där syftet mer är att skapa förtroende och legitimitet för verksamheten än att återge subjektiva uppfattningar och faktiskt handlande. När jag citerar och refererar till denna intervju har jag av denna anledning varit noga med att lyfta fram dessa eventuella strategiska intentioner från den intervjuades sida.

## **Etiska överväganden**

Den här delstudien har utförts inom ett större utvärderingsprojekt som är granskat och tillstyrkt av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr. 200-05). Detta innebär att föreliggande delstudie skett med informerat samtycke från de intervjuade, där informationsbrev och samtyckesformulären följt Regionala etikprövningsnämndens rekommendationer. Detta innebär att det har getts tydlig information om vad studierna innebär, hur materialet kommer att förvaras samt att den intervjuade har rätt att avbryta sin medverkan utan att det får några konsekvenser för denne.

# RESULTAT

## Den palliativa vårdens innebörd, filosofi och mål

Inom litteraturen framhålls ofta att palliativ vård vilar på en speciell vårdfilosofi som är tänkt att ligga till grund för planering och genomförande av vården i livets slutskede (Ternestedt 1998; Öhlén, 2000; Sandman & Woods 2003). Centrala inslag i denna filosofi är bland annat patientfokusering (som även inkluderar närstående), ”total smärta”, teamarbete och holism. Dessa inslag återfinns även i det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* som implementerats i de verksamheter där studiens intervjuer utförts (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Samtliga chefer som intervjuats uppger att man känner till det lokala vårdprogrammet varav flertalet också läst om inte hela så delar av detta policydokument. Nedan följer en analys av hur första linjens chefer uppfattar att de själva och övrig personal ser på den palliativa vårdens innebörd, filosofi och mål i ett tidigt skede av implementeringen av detta vårdprogram. Palliativ vårdfilosofi har i intervjusituationen definierats som gemensamma värderingar och förhållningssätt av formell och/eller informell art. Vi börjar med att analysera hur cheferna uppfattar att de själva och övrig personal ser på den palliativa vårdens innebörd.

### Den palliativa vårdens innebörd

Respondenternas svar på frågan vilken innebörd man lägger i begreppet palliativ vård varierar i viss mån. Några chefer förknippar palliativ vård med vård i livet slutskede vilket ligger i linje med den tidsmässiga begränsning som gjorts i det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Andra respondenter har en lite vidare syn på begreppets innebörd där betoningen ligger på att lindra och stödja när det inte finns någon bot oberoende av om vårdtagaren befinner sig i livet slut eller inte, vilket anknyter till Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av palliativ vård där tidsmässig bestämning saknas (SOU 2000:6). Att *lindra och stödja* förknippas i detta sammanhang inte endast med smärtlindring utan med att vårdtagaren ska slippa vara ensam och att han eller hon ges möjligheter till stöd i form av samtal. Ett par av respondenterna går ett steg längre när de betonar vikten av att ge förutsättningar för *det goda livet* vilket till exempel kan handla om att ge den döende möjlighet att förverkliga en sista önskan innan hon avlider. En av respondenterna menar att *lyhördhet* är nödvändig för att kunna svara upp mot dylika önskemål från patientens sida, en föreställning som även återfinns i det lokala vårdprogrammet. Följande intervjuцитat illustrerar denna föreställning.

*När det gäller patienter i livets slutskede, när vi ser att det inte finns någonting mer att göra än smärtlindring då gäller det att se till att de har det så bra som möjligt. De lever tills den dagen de dör. Vi kan försöka att förgylla deras dag och där får man ju vara jättelyhörd för det räcker att de kanske säger en gång att de skulle vilja se vitsippor. Och de säger det bara en gång och då får man verkligen vara lyhörd och det tror jag att personalen är här och då tror jag att man kan fixa att köra ut dem i en rullstol och titta på de där vitsipporna. (ACS 1)*

Några chefer tror att det råder samsyn ifråga om palliativ vård inom den enhet där de är verksamma, dvs. att personalen definierar palliativ vård på ett likartat sätt. En av cheferna nämner några faktorer som hon menar skulle kunna bidra till denna samsyn vid den enhet där hon arbetar.

*Vi som jobbar här har jobbat ganska många år, vi är ganska sammansvetsade och vi har haft jättemycket föreläsningar om detta och vi pratar mycket om det, all personal har handledning, alla som vill. Jag tror att vi är ganska sammansvetsade. Jag tror att vi har samma innebörd. (ACS1)*

Flera respondenter menar dock att det råder en viss förvirring kring begreppet palliativ vård bland personalen. Vissa menar att palliativ vård inte sällan förknippas med cancerpatienter och vård i livets slut, medan man själv förordar en vidare definition där man inte begränsar sig till vård i livets slut eller en viss diagnos. Den definition som förordas är istället; att lindra och stödja när det inte finns någon bot. En enhetschef förordar dock tvärt emot en snävare definition i det att hon vill begränsa betydelsen till vård i livets slut.

Det finns också de som menar att det finns skillnader i vilken innebörd man lägger i begreppet palliativ vård mellan olika yrkesgrupper. En möjlig orsak till detta som nämns är bristande kommunikation mellan olika yrkesgrupper. En av de intervjuade verksam inom slutenvården menar att läkarna står utanför de diskussioner som undersköterskor och sjuksköterskor har med varandra angående palliativ vård:

*Det är sjuksköterskor och undersköterskor som vi har här på avdelningen och vi diskuterar ju palliativ vård en hel del så där tycket jag väl inte att det är så stora skillnader egentligen. Sen läkarkåren har vi ju så lite diskussioner med om det här. Eh...så det kan jag känna ibland att vi har lite olika åsikter när det väl börja brännas lite då va. (ACS 3)*

Att yrkesgrupper har olika roller och att man därmed fokuserar på olika arbetsuppgifter är en annan förklaring till att betydelsen av begreppet palliativ vård

varierar menar några av de intervjuade. En avdelningschef från slutenvården utvecklar sitt resonemang på följande sätt:

*Jag tror att var och en fokuserar på sitt område. För doktorerna så tro jag att det är det här med doser och så som är viktigt och farmaka och vad man använder och vad som är vedertaget och så. Och jag tror att undersköterskor dom ser ju mer ansiktsuttrycken och får mer kontakt med patienten och information om "det hjälpte inte" eller "det är bättre idag". Dom bitarna har ju inte läkarna på samma sätt. Och sjuksköterskorna blir då kanske någon förmedlande länk då som informerar vidare och som dokumenterar ner det och så, så jag tror att alla har olika roller i detta. (ACS2)*

Respondenten, som är sjuksköterska till professionen, ger i detta citat inte endast uttryck för att olika yrkesgrupper har olika roller i vården, utan även att denna arbetsspecialisering skapar behov av samarbete i form av informationsöverföring där sjuksköterskorna har en förmedlande roll mellan undersköterskor och läkare. Behovet av samarbete ligger i linje med den palliativa vårdfilosofins betoning på tvärprofessionellt teamarbete, något som även understryks i det lokala vårdprogrammet (Palliativ vård i livet slut 2004).

### **Vårdfilosofi och mål**

I vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut* (2004) betonas vikten av att verksamheten genomsyras av gemensam ideologi och gemensamma mål där man förespråkar något som man kallar för ett *psykosocialt synsätt* som bygger på att man skall se den enskilda människan i sitt psykosociala sammanhang, och utifrån detta helhetsperspektiv uppmärksammar de fysiska, psykiska och sociala eller andliga och existentiella behoven. Utifrån dessa premisser betonas vikten av att de som vårdar försöker enas runt en gemensam grundsyn för omhändertagandet av svårt sjuka och deras närstående. Att döma av svaren så tycks cheferna i denna studie funderat i olika utsträckning kring dessa frågor. Vissa av de intervjuade ger inte uttryck för någon utvecklad gemensam vårdfilosofi, utan svaren är här mer av den allmänna och fåordiga karaktären av typen *att se till att anhöriga och patient ha det så bra som möjligt*. Andra har funderat mer och har därför mer utvecklade ståndpunkter.

### **Helhetssyn**

I enlighet med vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut* (2004) så betonar två avdelningschefer från slutenvården explicit att det är viktigt med en helhetssyn i vården, dvs. att man inte enbart fokuserar på företeelsen sjukdom, utan att

man beaktar patientens hela livssituation i vårdandet. Dessa chefer, som är sjuksköterskor till professionen, menar att ett sådant förhållningssätt framför allt skulle vara vanligt förekommande bland undersköterskor och sjuksköterskor, men mindre vanligt förekommande bland läkare. En av dessa chefer uttrycker sig på följande sätt.

*//...sjuksköterskor och undersköterskor dom ser hela patienten, vad dom har runt omkring sig, hela familjen, boendesituationen, vad dom har för möjligheter om dom inte finns här, vad man kan få hjälp med utanför också, men den biten kan inte alltid läkarna se. (ACS3)*

Respondenten menar att undersköterskors och sjuksköterskors helhetssyn står i motsats till läkarnas och då framför allt de äldre läkarnas mer atomistiska syn på patienten som innebär att man begränsar fokus till företeelsen sjukdom. Den kritik som denna chef riktar mot läkarkåren korresponderar med hospicerörelsens reaktion mot modern medicin med dess, som man ansåg, objektivistiska och atomistiska människosyn där man istället kom att betona holism och patientens subjektiva värld i vårdandet (Seal 1998). Den chef som betonar behovet av helhetssyn ovan är sjuksköterska till professionen, något som troligen inte är någon slump eftersom helhetssyn är ett centralt begrepp inom sjuksköterskornas professionella kunskapsdomän (Dahlberg m.fl. 2003).

Även andra respondenter i materialet kan sägas ge uttryck för en helhetssyn, om än mer implicit, i det att de betonar vikten av att svara upp mot *patientens behov och intressen* på bästa sätt samt att *möta vårdtagaren där hon är*. Dylika utsagor kan ses som exempel på den patientfokusering som genomsyrar den moderna vårdfilosofin i allmänhet och den palliativa dito i synnerhet, där det betonas att vårdandet skall utgå från patientens subjektiva värld (Seal 1998). Detta förhållningssätt inbegriper en helhetssyn i och med att det här betonas att vården inte endast skall svara upp mot fysiska problem utan också beakta problem av psykologisk och existentiell art (SOU 2001:6). En dylik inställning kommer till uttryck i respondenternas betoning av att skapa trygghet, en aspekt som i enlighet med den palliativa vårdfilosofin även inbegriper de anhöriga. Här trycker de intervjuade på vikten av att vårdgivare finns tillhands vid dödsögonblicket samt att upprätthålla kontakten med och göra det så bra som möjligt för närstående när deras anhöriga befinner sig i livets slut. Att på detta sätt inkludera närstående i vårdkonceptet kan också uppfattas som ett uttryck för helhetssyn.

## ***Samarbete och diskussioner***

Ett tvärprofessionellt teamarbete är något som ligger i linje med den palliativa vårdfilosofin så som den kommer till uttryck i litteratur och offentliga utredningar, men också i det lokala vårdprogrammet där teamarbete är en av de fyra hörnstenarna (SOU 2001: 6; Stolt 2003; Palliativ vård i livet slut 2004). I enlighet med detta betonar en av de intervjuade cheferna att samarbete och diskussion är en nödvändig förutsättning om man skall få till stånd en helhetssyn i vårdandet, ett förhållningssätt som hon menar är utmärkande för vårdpersonalen.

*Omedvetet tror jag det finns i oss för att det har ju byggts upp under många år, under lång tid...//...det här att det inte bara är så åtgärdsfixerat och man snabbt ska lösa ett problem, utan man kan stanna upp och tänka till och man kan diskutera med sitt vårdlag och så. (ACS2)*

I mångt och mycket menar respondenten att läkargruppen står utanför detta samarbete och dessa diskussioner något som hon menar har organisatoriska orsaker som att läkare och vårdpersonal verkar i två ”parallella” organisationer med olika chefer samt att läkarna roterar mellan olika enheter vilket innebär att när läkare och vårdpersonal väl lärt känna varandra så slutar läkaren och en nyanställs. Intervjupersonen beskriver dock att de jobbat en hel del med processer och vårdkedjor där alla yrkesgrupper deltagit. Detta har huvudsakligen gällt andra patientgrupper, men hon menar att man nu har förstått att man även måste beakta de palliativa patienterna eftersom dessa finns representerade bland enhetens huvudsakliga patientgrupper.

## ***Värdighet***

I vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut* (2004) betonas att ett *värdigt avsked* från livet är en av de högsta prioriterade rättigheterna inom vården. I överstämmelse med detta nämner ett par av de intervjuade cheferna explicit vikten av att patienten får ett *värdigt slut*, något en avdelningschef från slutenvården ger uttryck för i följande citat.

*Jo, det ska vara värdigt, och de ska leva tills de dör. Alltså jag tror att det handlar mycket om sunt förnuft, mycket lyhördhet, fingertoppskänsla och man lär sig med åren att se // (ACS1)*

Samma respondent betonar även vikten av att även anhöriga får ett *värdigt bemötande*. Hon menar att hon själv, i rollen som anhörig, inte blev bemött på ett

värdigt sätt när hennes egen far gick bort. I detta specifika fall uppfattas frånvaron av vacker dukning som ett ovärdigt bemötande.

*När pappa gått bort så kom en i personalen in och frågade om vi ville ha lite kaffe. Och då kommer hon med en...en bricka med fyra koppar på utan tefat och några sockerbitar på ett tefat. Alltså det fanns inget...inget fint, jag skulle aldrig drömma om att servera kaffe åt anhöriga på det sättet. Vi bjuder alltid anhöriga på kaffe och sådant, men då ska det vara snyggt dukat med servetter och det ska vara fint. Men det här brickan glömmar jag aldrig, de slängde till en.....nej, det var inget som fungerade, inte något, de hade ingen duk eller någonting och jag var jättehysterisk så jag var jättejobbig. //Jag hade bestämt innan att jag ville ha en duk och jag ville ha ett ljus men de hade ingen duk (skratt). (ACS1)*

Detta citat kan sägas illustrera dryckens symboliska funktion, något som även lyfts fram i vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Här betonas att *mat och dryck* är en symbol för livet och ett uttryck för gemenskap och att det av denna anledning är viktigt att bland annat försöka skapa måltider med vacker dukning. Även om vårdprogrammet i detta sammanhang har fokus på vårdtagaren så visar citatet ovan att dessa värderingar även kan kopplas till ett värdigt bemötande av anhöriga.

### ***Ledarskapsorientering***

Tidigare forskning ger vid handen att första linjens chefer inom sjukvårds- och omsorgssektorn framför allt ger uttryck för ett ledarskapsideal som vissa valt att kalla för *relationellt*, andra för *kommunikativt* (Nilsson 2003; Wolmesjö 2005). Detta i motsats till ledarskapsideal baserat på *uppgiftsorientering* och *effektivitet*. I den kommunikativa orienteringen betonas egenskaper som att kunna lyssna, vara lyhörd, kunna förmedla mål, vara aktivt kommunicerande, kunna skapa dialog och delaktighet, kunna visa respekt och vara en god förebild i bemötandet av brukarna. Det finns beröringspunkter mellan detta ledarskapsideal och den palliativa vårdfilosofins betoning på god inbördes relation och kommunikation inom och mellan olika arbetslag liksom mellan vårdgivare, vårdtagare och närstående (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004).

Även cheferna i denna studie ger i mångt och mycket uttryck för en kommunikativ orientering när de försöker beskriva sitt ledarskap i förhållande till den palliativa vårdens filosofi och mål. Att med kommunikationens hjälp skapa förutsättningar för goda relationer är något som lyfts fram, antingen direkt eller indirekt, i detta sammanhang.

Den typ av kommunikation som lyfts fram handlar i mångt och mycket om tvåvägskommunikation där dialogen utgör kärnan. Respondenterna betonar vikten av, att man i sin roll som chef, försöker få till stånd *samarbete och diskussioner* som syftar till att belysa problem, ta beslut kring vårdens mål eller skapa förutsättningar för en kontinuerlig tvärprofessionell dialog som även inkluderar vårdtagare och patienter. Andra aspekter som lyfts fram är vikten av att som chef sätta sin prägel på avdelningen genom att *förmedla vissa värderingar* där vikten av en *diskussion kring etiska frågor* understryks. Även om flera av de intervjuade ger uttryck för detta, direkt eller indirekt, så är det framför allt två avdelningschefer från slutenvården (som båda är sjuksköterskor till professionen) som utvecklar sitt resonemang. En av dem pratar om vikten av att *skapa delaktighet och sprida ansvar* genom att få igång en diskussion (som inte är bunden till henne som person), med fokus på etiska frågor, som tar sin utgångspunkt i konkreta patientfall.

*Ja, liksom dom kan diskutera etiska frågor till exempel. Diskutera sitt förhållningssätt. Jag vill att dom ska ta upp företeelser där det har varit svårt hur man ska agera, att ta upp en aktiv diskussion om patientfall för oftast är det detta man lär sig något av. Jag tror man behöver ha något konkret framför sig för att förstå vad det handlar om. (ACS3)*

Den andra respondenten som betonar vikten av diskussioner kring etiska frågor, menar att eftersom palliativa vårdtagare ofta är multisjuka så blir det extra viktigt med en *helhetssyn* på patienten, en helhetssyn som bygger på ett samarbete inom ramen för ett *teamarbete* både inom och mellan olika yrkesgrupper där det är viktigt att även närstående finns med. På frågan hur hon ser på sin egen roll i detta sammanhang så ger hon följande svar:

*Ja jag tror ju att det är av betydelse vad jag signalerar eller går ut med rättare sagt vad jag tycker själv. Det klart att indirekt så påverkar jag ju min personal det tror jag ju. Äh...man har ju olika möjligheter att göra det faktiskt då, via utvecklingsdagar, via teman, fokus man vill ta upp. Sen är det ju viktigt att man har en bred diskussion. (ACS2)*

Att ha en diskussion både inom och mellan yrkesgrupper är något som betonas av respondenten. Detta eftersom det ofta dyker upp etiska frågor och vägval i den palliativa vården där det inte finns något självklart rätt och fel menar hon. Detta kan t ex gälla frågor kring när det är rätt att upphöra med livsuppehållande insatser när patienten befinner sig i livets slut.

*Jag tror att det är viktigt att man ventilerar detta och att man liksom kan både säga och uttrycka sig vad det är man själv tycker och känner, men*

*samtidigt att man också kan ta till sig och förstå vad dom andra.... Här finns inga rätt och inga fel, det är liksom lite existentiellt, lite svårt när man har med sådana saker och göra. Men det kan ju bli så att man går omkring och tycker att om jag är undersköterska att det här jag gör att det är så fullständigt meningslöst att någon annan har bestämt att det ska vara så här och jag tycke att det är så fel och patienten är ju så dålig, vi har ju sett att han är så hängig, och han bara lider och så.... Så det ju viktigt att man får ta upp det tror jag, att man kan bemöta det då. (ACS2)*

På frågan vilken roll respondenten har i detta sammanhang, framför allt när de blir konflikter av etisk karaktär, svarar respondenten att det är ”att uppmuntra att ta tag i diskussionen och debatten, att inte det tystnar och att folk pratar av sig och att man orkar vara engagerad i sådana här frågor, att det är viktigt och så” (ACS2).

Andra viktiga funktioner som cheferna nämner angående sin egna roll är t ex att föregå med gott exempel, att informera och våga prata med vårdtagare, anhöriga och personal om saker som är jobbiga. Ytterligare funktioner är att säkerställa att personalen är kompetent och har rätt utbildning samt se till att den palliativa vården får de resurser som behövs, oberoende av kostnader, för att säkra en god vård. Det finns också fyra respondenter som explicit betonar *stöd till personalen* som en viktig uppgift. Det kan handla om allt från att upprätthålla palliativ kompetens genom att ge anställda möjlighet till kurser till att tillhandahålla råd och handledning angående hur man ska hantera anhöriga som mår dåligt. Men det kan också handla om att stödja personal genom samtal vid privata problem som t ex kan röra sig om problematiken att vårda en döende och dess närstående när man som vårdgivare har sorg själv. Palliativ vård är överhuvudtaget en tung vårdform som kräver att chefen måste vara *lyhörd* för hur personalen mår menar en av de intervjuade.

*Jag måste vara lyhörd, jättelyhörd och se om det är någon av personalen som mår dåligt, för det är tungt, det är jättetungt. Man måste vara vaken för att kunna ta någon...för att kunna se att någon inte orkar, där har vi ett jättebra stöd i vår sjukhuspräst, för jag kan be henne, om jag ser att personalen, det går inte, då kan jag ringa till henne och be att ”kom, för de måste få prata med dig”. (ACS 1)*

Vikten av stöd till personalen framhålls även i vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* där man kan läsa att det inte är ovanligt att personalen vid vård av svårt sjuka känner skuld, förtvivlan, hjälplöshet och sorg (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Av denna anledning understryks att arbetsgivaren har ett ansvar för att det finns tillgång till stöd och handledning till personalen. Vidare

betonas vikten av att personalen ges möjlighet att efter varje dödfall reflektera över patientens död och avsluta relationen till den döde för att kunna gå vidare. Det framhålls också att professionell handledning kan ge förutsättningar för den handledde att nå ökad självkänedom, insikt om sina möjligheter och begränsningar samt fördjupad kompetens.

## **Palliativa åtgärder och insatser**

Under intervjuerna har cheferna tillfrågats vilka symptomlindrande insatser och åtgärder som görs gentemot vårdtagare som kommer ifråga för palliativ vård i livets slut. Härutöver har de tillfrågats vilka insatser som görs för övrigt gentemot denna grupp av vårdtagare, det vill säga insatser som kan beskrivas som palliativa men inte betecknas som symptomlindrande.

## **Symptomlindrande åtgärder och insatser**

Det tycks både finnas likheter och skillnader i den innebörd som respondenterna lägger i begreppet symptomlindring. En gemensam nämnare för cheferna är smärtlindring som exempel på symptomlindrande åtgärder. De insatser som nämns i detta sammanhang är framför allt medicinering i form av morfin och andra värktabletter såsom alvedon. Andra smärtlindrande åtgärder som tas upp är sårbehandling, TNS och taktill massage samt trycksårsprofylax i förebyggande syfte. Emellertid behöver man inte begränsa betydelsen av begreppet symptomlindring till smärtlindring, utan man kan även vidga begreppet till att handla om besvär i allmänhet som kan vara av fysisk såväl som psykologisk art. Vissa respondenter ger uttryck för detta lite vidare synsätt, ett synsätt som ligger i linje med den palliativa vårdfilosofin där det framhålls att fysiska, psykologiska och existentiella aspekter av lidandet skall förenas till en helhet i vården (Seal 1998:113, SOU 2001:6, s 55).

När det gäller åtgärder för att lindra fysiska besvär som inte handlar om smärta nämner de intervjuade bland annat hjälp med mat, andnöd, törst, sängläge och illamående. Symptomlindrande insatser för att lindra problem av psykologisk art kan självfallet handla om medicinering, men utöver detta nämns även olika insatser av social karaktär vilket ligger i linje med det lokala vårdprogrammet (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:26). Exempel på sociala insatser som de intervjuade nämner i detta sammanhang är samtal med kurator, läkare eller vårdpersonal. Att någon finns till hands kan dämpa ångesten hos den sjuke menar en av enhetscheferna. Detta kan, enligt denna respondent, ske genom att man kallar in extrapersonal eller att man underlättar för anhöriga att vara hos sin sjuke närstående.

*Man kan underlätta för anhöriga att få lov att finnas här, att känna att det kan vara lätt att vara här, känna sig välkommen, uppskattade, det kan vara till hjälp. Om en anhörig finns till hands så är ju allting mycket lättare för dem som är svårt sjuka, för där har de någon fast punkt, någon trygg punkt i tillvaron. (ACS3)*

En av enhetscheferna pekar här också på den nära omvårdnadens betydelse i sammanhanget, inte minst för att det kan ha en lugnande och därigenom smärtlindrande effekt.

*...omvårdnadsarbete, att vara nära den enskilde som vi säger kan ha en lugnande och kanske smärtlindrande effekt. Att man kanske sitter och rör sig mycket kring patienten och ser till att man har god sängvård osv. (ECK6)*

### **Övriga palliativa insatser och åtgärder**

När det gäller övriga palliativa insatser och åtgärder utöver de rent symtomlindrande så nämner de intervjuade cheferna bland annat att hjälpa patienten med den dagliga omvårdnaden t ex hjälp att äta, att tvätta sig osv. Nutrition nämns också i detta sammanhang som en viktig bit. Några av respondenterna betonar att det i livets slut ofta handlar om total omvårdnad och att rehabiliteringspersonal här har en viktig funktion genom att instruera personalen inte minst angående hur man gör förflyttningar t ex mellan säng och rullstol.

Att säkerställa att vårdtagaren får det han eller hon önskar är också något som flera av respondenterna betonar, vilket kan tolkas som ett uttryck för den nutida patientfokuseringen med betoning på patientens subjektiva livsvärld (Seal 1998). Det kan handla om att patienten får möjlighet att få ett enkelrum eller tillgång till TV, musik på rummet, en telefon, en skön stol eller bekväm säng. En av cheferna betonar vikten av att fråga patienten om önskekost.

*Önskekost har vi ju mycket...eh...det frågar vi efter mycket, önskekost. Och likaså varje fredag och lördag så serverar vi konjak, whiskey eller likör till dessa patienter. Detta är livets guldkant och tillvaron på en silverbricka med tårtpapper under. (ACS1)*

En av respondenterna betonar att ålder är en viktig aspekt av vården. Hon menar att det är stor skillnad att vårda en äldre människa som gärna vill sluta sitt liv och som kanske lever själv utan familj och med få eller ingen anhörig nära sig, jämfört med att vårda en yngre person som kanske är gift och har barn. I det senare fallet kan det bli aktuellt med stöttning till barnen, samtal med kura-

tor, möjligheter för familjen att stanna hos den döende osv. Kuratorn lyfts här fram som en central specialist som kan ge praktiskt såväl som psykologiskt stöd till anhöriga. Denna respondents inkludering av anhöriga som en nödvändig del av vården, ligger i linje med den palliativa vårdfilosofin där familjen och inte endast patienten utgör den centrala "vårdenheten" (Seal 1998).

Vissa chefer lyfter även fram krisjouren som en viktig aktör när en psykologisk problematik föreligger. Härutöver menar cheferna att man har möjlighet att förmedla kontakt med präst och diakonissa om sådana önskemål finns. Även om de sistnämnda yrkeskategorierna framför allt lyfts fram när möjligheten till existentiellt stöd kommer på tal, så definieras deras yrkesroller i vissa fall betydligt vidare än så. Följande citat, där prästens roll som "medmänniska" betonas, är ett exempel på detta. Måhända återspeglar detta citat föreställningen om en ny prästroll i det nutida sekulariserade samhället.

*Prästens roll idag eller som han gör då, han går inte till alla patienter men han säger inte att han är präst för han vill inte pådyvla dem sin tro då utan han går in som medmänniska och sedan ger oftast samtalet sig självt (ACS1).*

En av enhetscheferna inom omsorgen är mycket noga med att betona vårdpersonalens och då inte minst sjuksköterskorna erfarenhet och kompetens som en garant att psykologiskt stöd tillhandahålls. Denna betoning av personalens kompetens kan tolkas som en medveten strategi att skapa förtroende för verksamheten.

*R: Det är personalens uppgift att även ta hand om vårdtagares och anhörigas psykiska lidande. Sjuksköterskorna är väldigt duktiga. Vi har mycket duktig personal med stor vana.*

*I: Hur tycker du ni prioriterar dessa frågor?*

*R: Som jag sa. Vi har mycket duktig personal med stor vana. Sköterskorna kan detta. (ECK7)*

Även om det inte är vanligt förekommande så finns det respondenter som ser faror med framväxten av ett professionellt stöd i dessa sammanhang. Vikten av att inte bli "pådyvlat" något som inte vårdtagaren och anhöriga önskar understryks. En chef menar att det åtminstone finns två fallgropar i detta sammanhang. För det första finns det vårdtagare och anhöriga som inte vågar säga nej när de blir erbjudna stöd. För det andra riskerar man, genom det professionella stödet, att frånta människor sin egen kraft. Respondenten tar här sörjandet som exempel:

*Jag tror att vi är på väg att professionalisera sorgen // Sorgen är nog inte professionell den är nog individuell. Och vi tar oss igenom sorger...och oavsett om vi har fått hjälp eller inte så blir kanske inte resultatet så anorlunda. För om jag sitter och pratar med en kurator i en och en halv timme då, jag menar det är bättre att jag har liksom vanliga människor runt omkring mig som känner mig...lite fler timmar. Och en del vill ju faktiskt vara själva. Jag tror att vi är olika och jag tror folk tar ifrån folk ...sin egen kraft i att klara sig själva. (ACS4)*

I motsats till det *professionella döendet* med det *professionella sörjandet* betonar denna chef det *naturliga döendet* med det *naturliga sörjandet*.

*Egentligen så tycker jag att vi ständigt borde arbeta för ett döende som är mer naturligt. Inte så professionellt som vi vill ha det till. Förut dog folk hemma och folk var med och de gjorde i ordning de döda själva och det var ett mer naturligt döende mot vad det är idag. Nu får vi inte ens sörja naturligt utan nu ska det ske professionellt. (ACS4)*

### **Chefsroll och palliativa insatser/åtgärder**

När det gäller chefsrollen kopplad till palliativa åtgärder och insatser så varierar denna i viss mån mellan respondenterna. Mycket talar för att både formell chefsroll och utbildningsbakgrund kan ha betydelse i detta sammanhang. Första linjens chefer inom slutenvården har personalansvar för sjuksköterskor och är sjuksköterskor själva. Bland de kommunalt anställda cheferna är det endast två som är sjuksköterskor till professionen och endast en som har personalansvar för motsvarande yrkesgrupp. Mot bakgrund av att många symptomlindrande åtgärder faller inom sjuksköterskornas ansvarsområde är det inte så förvånande att de chefer som är sjuksköterskor själva och har personalansvar för motsvarande yrkesgrupp i många fall ger uttryck för ett större engagemang i dessa frågor jämfört med övriga chefer. Men oavsett variationer så är en gemensam nämnare att de intervjuade inte ger uttryck för en traditionell chefsroll där chefen leder och fördelar arbetet. Har de intervjuade cheferna någon roll i detta sammanhang så handlar det om att skapa förutsättningar för det dagliga vårdarbetet. Det kan handla om att se till att medarbetarna är uppdaterade i frågor kring smärtlindring, att alla får utbildning eller att agera problemlösare, att diskutera, ”peppa”, ge råd och stöd till personalen. Några respondenter ger också uttryck för att det är viktigt att se till att patientens och anhörigas önskemål blir uppfyllda, att man får tillgång till den information, hjälpmedel och specialisthjälp som man är i behov av om inte personalen själva klarar av detta. Rollen blir här mer att vara ”spindeln i nätet” som en av de intervjuade uttrycker det hela. Denna roll innefattar bland annat att se till att kommunikation och samarbete

fungerar tillfredsställande mellan sjuksköterskor, övrig vårdpersonal, vårdtagare, anhöriga och hon själv. Andra uppgifter som vissa respondenter ger uttryck för är att följa upp insatser och åtgärder för att säkerställa att de utförts.

## **Närståendestöd**

Som tidigare nämnts vilar den palliativa vårdfilosofin på en holistisk grundsyn som bland annat kommer till uttryck i att även familj och andra närstående ses som en nödvändig del av vården (Seal 1998). I det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* betonas att den närstående är en viktig resurs vid vård i livet slutskede, och då inte endast för den döende utan också för vårdpersonal (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). En viktig förutsättning är dock, menar man här, att de närstående tidigt involveras i händelseförloppet, är välinformerade och får stöd och möjlighet att bearbeta sina egna reaktioner i processen. Härutöver understryks även behov av eftersamtal eftersom detta antas vara av betydelse för hur den närståendes sorgereaktion utvecklar sig. Med detta som utgångspunkt tillfrågades cheferna i föreliggande intervjustudie om närståendes möjligheter till stöd att vårda den sjuke samt huruvida de närstående ges möjlighet att bearbeta händelser och känslor under och efter sjukdomstiden. Även om få av de intervjuade cheferna menar att det finns rutiner för närståendestöd i deras verksamheter, så pekar flertalet ändå på vikten av att stödja anhöriga.

### **Stöd att vårda sin närstående**

Avdelningscheferna inom slutenvården varierar i sina svar kring huruvida den egna verksamheten tillhandahåller stöd till närstående att vårda den sjuke. En menar att de överhuvudtaget inte tillhandhåller något stöd utan att det är hemsjukvårdens uppgift medan en annan menar att de erbjuder samtal med läkare, kurator, diakonissa, präst eller vårdpersonal beroende på behov. En tredje avdelningschef inom slutenvården ger följande beskrivning av det stöd som tillhandhålls vid hennes enhet.

*Ja de anhöriga vill ju ofta diskutera saker, de är oroliga och vill ha goda råd och sådana saker. Så de sitter oftast och diskuterar, ofta med sjuksköterskorna sitter de och pratar om sin situation, är ledsna och behöver råd och tröst och lite vägledning eller kontakter någon annanstans och så vidare. Det är ganska vanligt. (ACS3)*

Enhetscheferna inom den kommunala omsorgen ger något varierande svar huruvida man i den egna verksamheten erbjuder något stöd till närstående i detta avseende. Flera av dessa chefer menar att denna uppgift tillfaller sjukvårdande organ såsom de palliativa teamen eller hemsjukvården där framför allt sjukskö-

terskorna pekade ut som centrala aktörer. Några omsorgschefer betonade dock att anhöriga har möjlighet att prata med personalen vid behov och att personalen stöttar dem i den mån de har möjlighet.

### **Möjligheter att bearbeta händelser och känslor under sjukdomstiden**

I det lokala vårdprogrammet understryks närståendes behov av att bearbeta händelser och känslor under sjukdomstiden, eftersom den förestående döden antas sätta igång olika typer av processer beroende på livshistoria. De intervjuade menar att personalen försöker underlätta denna sorgeprocess på flera sätt. I citatet som följer betonas vikten av att anhöriga "får finnas", med vilket avses anhörigas behov av att få prata, att bli lyssnad på och att få uttrycka känslor.

*Om man ger de anhöriga liksom möjlighet att få finnas och att dom får prata och så...det är ju det dom vill va. Dom vill ju liksom bearbeta. Det är ju ett sorgelöpp som pågår hela tiden, man ser den sjuke tynar bort. Så att ge de anhöriga tid och möjlighet och hinna lyssna på dom och så tror jag att det...det tror jag att de anhöriga har möjligheter till. Och liksom låta anhöriga få sina utbrott om de får det och låta dem gråta om de vill göra det. (ACS 3)*

En av de intervjuade pekar på vikten av att som personal försöka få den sjuke att berätta för sina anhöriga om sitt tillstånd eftersom hon anser att det anhöriga mår bättre om dessa vet lika mycket om vårdtagarens tillstånd som vårdtagaren själv:

*// man kan prata och få den sjuka till att berätta för sina anhöriga. Ja... om man har ett bra samtal så kan man få den sjuka att inse också att det är mycket bättre att de anhöriga vet lika mycket som den sjuke själv gör. Och många gånger så tror den sjuka att den ska skydda sina anhöriga för att de ska må bättre men de mår mycket sämre. (ACS1)*

Denna avdelningschef menar, i likhet med flera respondenter, att anhöriga även ges möjligheter att bearbeta sina känslor under sjukdomstiden genom samtal med olika personalkategorier såsom kurator, sjuksköterska, läkare och/eller vårdpersonal. Några chefer betonade dock att möjligheten att bearbeta känslor kan variera beroende på om sjukdomsförloppet varit kort eller utdraget. En av respondenterna inom slutenvården utvecklar sitt resonemang på följande sätt:

*Frågan är om sjukdomsförloppet varit långt utdraget eller om det kommit hastigt för det är ju inte säkert att de kan ta till sig och bearbeta detta om man har en kortare sjukhusvistelse och så gå bort här på sjukhuset. Då*

*kommer kanske reaktionen senare. Men har det varit en lång tidsperiod så har man väl ofta hunnit acceptera och tänka sig in i det hela och förbereda sig på ett annat sätt. (ACS2)*

En annan respondent trycker på den anhöriges eget ansvar att ta tillvara på de möjligheter som ges i detta sammanhang. Vad denna respondent tycks mena är att sorgeprocessen handlar om ett ömsesidigt ansvarstagande mellan vårdpersonal och anhörig.

*Möjligheter att bearbeta händelser och känslor under sjukdomstiden finns det alltid om den anhörige tar till sig denna möjlighet. Det gör det ju, det beror ju på hur man...en del blir ju helt hysteriska, de kan ju inte tänka över huvudtaget (skratt). Andra är jättelugna och det är inga problem och de hinner sätta sig ner och fundera och prata. Det beror ju på hur man är som människa. Men jag fattar inte hur vi ska kunna ge människor möjlighet utan de måste själva ta till sig den också, man kan ju aldrig tvinga någon (skratt) //...jag tycker att man faktiskt har ett eget ansvar också som man själv måste ta på sig som människa, man kan inte bli pådyvlad av vårdpersonal på det sättet. Så det måste du nog ta till dig själv (skratt). (ECK 3)*

Just vikten av att inte bli ”pådyvlad” något betonas även av en annan enhetschef i materialet. Denna intervjuperson menar att det är viktigt att anhöriga har *förtroende* för den de ska prata med, och inte bli tvingade in i ett forum där de ska prata om sig själva men inte känner sig bekväma.

*Det beror på vem den anhörige har förtroende för. Vi brukar även kunna erbjuda kontakt med kyrkan eller någon diakonissa eller någonting sådant där, någon som inte alls har beröringspunkter med den enskilde då som vårdas. Vi kan erbjuda att vi tar kontakt med någon, så att de anhöriga får den kontakt de vill ha. Det är ju också viktigt att de anhöriga inte tvingas in i forum och försöka att prata om sig själva där de inte känner sig bekväma. Så det där avgörs lite grann av vad de anhöriga själva vill ha för kontakt då. (ECK6)*

### **Anhörigas möjligheter att bearbeta händelser och känslor efter dödsfallet**

Utifrån vad de intervjuade ger uttryck för så tycks det vara ovanligt med formaliserade rutiner för anhörigstöd efter dödsfallet vid de berörda enheterna. En enhet inom slutenvården, där en del av verksamheten skraddarsyttts för palliativa patienter, tycks dock utgöra ett undantag. Avdelningschefen för denna enhet betonar vikten av att anhöriga får vara kvar efter dödsfallet för att få möjlighet

att bearbeta sina känslor, vilket illustreras med en femårig pojke som gavs möjlighet att vara kvar hos sin pappa när han avlidit.

*Vi hade en pappa som gick bort för inte så länge sedan som hade en femårig son och pappan gick bort på morgonen men hans anhöriga var här till kvällen. Den här lilla pojken han sprang in till sin pappa och så sprang han ut och så sprang han in till sängen igen och så sprang han ut. Det var ju hans sätt att bearbeta sorgen och jag tror att han fick lättare sedan för att bära med sig det då. Så de anhöriga får stanna så länge de vill, vi kör aldrig iväg dem. Och är det så att de vill stanna över natten eller vill komma tillbaka dagen efter och säga adjö så låter vi dem vara kvar på natten om det inte är jättevarmt. Men det är så, det händer ingenting så utan då får de vara kvar och då kommer de tillbaka på morgonen och säger adjö. Och likaså många barn som vill skicka med en liten teckning och...nej...så det...och de får alltid stanna och dricka kaffe, vi bjuder alltid på kaffe så de får sitta i lugn och ro och prata och säga adjö. De kan säga adjö jättemånga gånger. Och vi säger alltid när de går hem då att "ja, men gå hem och vill du komma tillbaka så ring" för då är patienten kvar. (ACS1)*

Att låta de närstående få den tid de behöver för att ta avsked av den döde ligger i linje med det som förespråkas i det lokala vårdprogrammet (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:45ff). I det lokala vårdprogrammet betonas även vikten av att barn får sin sorg bekräftad och erkänd för att på det sättet kunna bearbeta sin sorg (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:48ff). Och i detta avseende finner vi flera likheter med det som intervjupersonen betonar i citatet ovan. Det handlar bland annat om vikten av att mindre barn får vara med vid dödsbädden för att på det sättet göra döden mer begriplig och att barn kan ta avsked genom att lägga en teckning eller något annat betydelsefullt bredvid den döde.

Även om flera av cheferna vid övriga enheter menar att det inte finns några formaliserade rutiner för efterlevnadsstöd där de är verksamma så innebär inte detta en total avsaknad av aktiviteter inom detta område. En av respondenterna uttrycker det hela på följande sätt.

*Det finns inga särskilda rutiner här hos oss till exempel som man har i palliativa arbetet på avdelning x (där en del av verksamheten skraddarsyfts för palliativa patienter min anm). Vi har ju läst alla deras dokument, vi vet precis hur de gör och så, men vi har så få palliativa patienter någon enstaka då och då så vi har liksom inte anammat det sättet. Men man uppmanar alltid anhöriga när patienter dör här att de ska ta en kontakt med oss om de undrar någonting, om det är någonting de vill, om det är*

*någonting de funderar över. Och det händer att folk ringer, men oftast kommer de upp i stället och stannar och pratar en stund. Dom kommer upp med den här lilla obligatoriska kakan eller tårtan eller sådant där som man har kommit med i alla år, men det är inte alltid det är det de vill utan de vill gärna prata. Och då brukar det oftast vara någon som sätter sig och pratar en liten stund och så, men det pågår liksom ingenting aktivt att vi ringer upp eller någonting sånt, det gör vi inte. (ACS3)*

En chef inom omsorgen menar att de vanligtvis har en träff med anhöriga efter dödsfallet där dessa har möjlighet att ställa frågor. Att sjuksköterskorna alltid är representerade i dessa sammanhang lyfts fram som en kvalitetssäkring.

*Sköterskorna har en stor vana att hantera sådana här situationer. De har mångårig erfarenhet.... Har arbetat mycket med dessa frågor. (ECK7)*

## **Samarbete och samverkan**

I den palliativa litteraturen betonas ofta att en god palliativ vård förutsätter samverkan och samarbete, vilket antas kräva tvärprofessionell dialog och lagarbete både inom och mellan olika vårdgivare (SOU 2001: 6; Stolt 2003; Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Skäl till detta som anges är att palliativ vård skall ges i sammanhang med många olika professioner och huvudmän delaktiga och samtidigt ske på ett sätt som gör att patient och närstående upplever kontinuitet.

### **Personalens dagliga vårdtagarnära samarbete**

I linje med det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* betonar respondenterna att omvårdnadsarbetet bygger på att man samarbetar (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). De beskriver det dagliga patientnära arbetet som ett tvärprofessionellt teamarbete mellan framför allt sjuksköterskor, undersköterskor och i förekommande fall biträden. Andra yrkesgrupper som lyfts fram i samarbetet är läkare, reab-personal samt i någon mån sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Ett par av enhetscheferna inom kommunal hemtjänst menar att det inom deras verksamheter brukar sättas samman tillfälliga team bestående av en mindre personalgrupp som avlastas sina ordinarie arbetsuppgifter när man får palliativa patienter som kräver ”passning” och vård dygnet om.

Mer institutionaliserade former för samarbete och samverkan är rondsystem och system för överrapportering mellan olika arbetslag där man bland annat kommunicerar om tillstånd hos vårdtagare och anhöriga. Ett annat exempel på

dylika former för samarbete är morgonrapporten där man planerar och lägger upp dagens arbete vilket beskrivs på följande sätt av en av respondenterna:

*Ja man sätter sig ner på morgonen och diskuterar, går igenom rapporten och diskuterar och lägger upp dagens arbete och vad som ska göras och vad som är problemet och så. Så de pratar sig samman med varandra, så det är ett ständigt samarbete kan jag säga. (ACS 4)*

Läkargruppen beskrivs av två avdelningschefer inom slutenvården som mer perifera och problematiska i det nära patientsamarbetet. Bristande kontinuitet, till följd av att läkarna roterar mellan olika enheter vid sjukhuset, lyfts fram som ett problem. Detta i kontrast till omvårdnadspersonalen som beskrivs som ”trogen” eftersom de inte roterar mellan olika enheter. En avdelningschef menar att detta framför allt är problematiskt för patienten som vid läkarbyte kan tvingas berätta samma sak flera gånger. En annan respondent lyfter även fram läkarnas specialisering som ett problem i detta sammanhang, eftersom detta enligt henne bidrar till begränsat fokus och att man intar förhållningssättet att det är någon annans arbetsuppgift när saker som ligger utanför den egna specialiteten kommer upp. Specialiseringen gör också att läkarna får arbeta över flera avdelningar, vilket också kan försvåra det patientnära samarbetet menar denna respondent.

De studerade verksamheterna har också två palliativa resursteam knutna till sig. Dessa är stationerade vid lasaretten inom regionen, varav ett vid det lasarett som ingår i studien. Förutom att ge palliativ specialistvård är de tillgängliga för utbildning samt råd och stöd till vårdpersonal, som arbetar med döende på något av de två lasaretten, i primärvården eller inom kommunal hälso- och sjukvård samt vård och omsorg inom upptagningsområdet (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). I var och en av dessa team ingår förutom läkare och sjuksköterska också kurator och präst. Samarbetet med dessa resursteam beskrivs nästan enbart i positiva termer av respondenterna. Dock är det framför allt den medicinska expertisen, dvs. läkarna som lyfts fram. En av de palliativa läkarna, som här fått det fiktiva namnet Kalle, beskrivs på följande sätt av en av avdelningscheferna vid det studerade lasarettet.

*Vi fick en ortopedpatient från Borås som nästan fått en organkollaps. // Vi visste att hon skulle dö ganska snart och hon var dåligt smärtlindrad, mycket dåligt smärtlindrad när hon kom. Så fort vi bara hade möjlighet så tog vi tag i palliativa doktorn. Vi stod utanför dörren kvart i nio när han kom en morgon och sa att nu måste du komma upp Kalle och hjälpa oss för det här klarar vi inte, det går inte, det hjälper inte vad vi gör för hon mår dåligt. Och det tog trekvart sen hade han hjälpt henne, pillrat i*

*hennes en morfinpump. Hon fick tre, fyra dygn till och var nästan helt smärtfri och det var en fröjd och se hur smidigt det gick. Och då kände vi liksom det var bra att vi visste vart vi skulle ta vägen och vem vi skulle fråga och vi kunde göra det handgripligt och man såg liksom effekten och det var liksom ett lugn som sänkte sig både hos patienten och maken och på avdelningen då för dom mårde dåligt. Så här tycker jag nog att vi har ett ganska gott samarbete. (ACS 3)*

### **Vårdtagares och närståendes delaktighet i det dagliga samarbetet**

I föreliggande intervjustudie ställdes frågan i vilken utsträckning patienter och anhöriga är delaktiga i det dagliga samarbete som beskrivits ovan. Respondenternas svar på denna fråga varierar. En del av cheferna uppfattar inte att patienter och anhöriga är med i detta samarbete överhuvudtaget, medan andra pekar på att de är med i samarbetet, en medverkan som både kan vara direkt och indirekt. Exempel på mer indirekta former av medverkan är till exempel att vårdpersonalen diskuterar vårdtagares och anhörigas synpunkter i olika forum såsom morgonrapporten. Andra respondenter ger i detta sammanhang uttryck för en etisk grundhållning som bygger på personalens ansvar att beakta vårdtagarens åsikter i samarbetet vilket en erfaren personal anses vara en garant för.

*Vårdtagaren är med i samarbetet på många sätt. Vi lyssnar av. Personalen har stort ansvar att lyssna in och förstå. Vi har en mycket erfaren personal. (ECK 7)*

Exempel på mer direkta former av medverkan i samarbetet som lyfts fram av respondenterna är att både vårdtagaren och anhöriga har möjlighet att påverka vården så långt det är praktiskt möjligt. Det kan handla om att de själva får bestämma när de vill komma upp på morgonen, önskekost eller synpunkter på medicinering där en av de intervjuade dock menar att vårdtagarna kan behöva stöd från t ex läkarna. En av respondenterna menar att det generellt är alldeles för lite patientinflytande i vården, men att detta inte gäller för den palliativa patientkategorin:

*Ja generellt så tror jag att det är alldeles för lite patientinflytande. Det kan man ju se när man tittar på patientenkäter och så att patientens påverkan på vården den skulle kunna vara större. Men att när det gäller palliativa patienter, patienter med kroniska sjukdomar som åker ut och in och patienter i livet slutskede, så är det nog anhöriga och patienten som har rätt stor påverkan. Det styr nog mer än personalens rutiner, vanor och möjlighet och så. För man utgår väl mer ifrån deras behov jämfört med andra patientkategorier. Jag tror mer att personalen sträcker sig nästan*

*så man spricker där, faktiskt. // Det är både på gott och ont för att det kan nästan bli för mycket. Och sen kunde man nog kanske tycka att man skulle tänka lite mer i dom banorna när det gäller andra patienterna också, men det är så att sjukhusvärldens rutiner styr ganska mycket, dom är ganska hårt styrande. (ACS3)*

Några av respondenterna lyfter dock fram problemet med att vara vårdtagarna till viljes när de är mentalt omtöknade på grund av sjukdom eller medicinering. En av cheferna menar till exempel att man ibland, även om man försöker undvika det, är tvungna att tvätta vårdtagare mot deras vilja. I de fall vårdtagaren, av den ena eller andra anledningen, inte är mentalt klar kan anhörigas roll betonas. Allmänt understryks vikten av att låta anhöriga vara med och påverka vården om de är i den konditionen så de klarar detta, dock aldrig på bekostnad av vårdtagarens önskemål. Synpunkter som lyfts fram här är att anhöriga mår bättre och att det ofta blir bättre kvalitet på vården om de anhöriga får vara med och påverka. Om vårdtagaren är dement och därmed inte kommunicerbar kan den anhöriga förmedla vad den närstående tyckt om och uppskattat tidigare i livet. Men samtidigt betonas att man inte alltid kan gå anhöriga tillmötes. Problem som lyfts fram här är att vissa anhöriga vägrar att acceptera att det finns någon bot, att anhöriga om de är flera kan vara oense sinsemellan eller att kraven kan vara orimliga i förhållande till de resurser som finns att tillgå i verksamheten. Ett annat dilemma kan vara att anhörigas önskemål går stick i stäv med vårdtagarens.

Organisatoriska rutiner kan fungera som stöd för att skapa förutsättningar för vårdtagares delaktighet menar några av cheferna. En av dessa, som är verksamhetschef på servicehus, menar att en skriven individuell vårdplan och dagboksanteckningar kan ha denna funktion.

*Ja vi har ju den individuella planen och dagboksanteckningar. Vi har ju en pärm inne hos varje vårdtagare då med deras papper och sånt va. Och i dagboksanteckningarna då så står det ju då till exempel att vårdtagaren ska duscha varje vecka och när det ska städas och det ska vara det och detta va. Och vill de inte det så ska ju det dokumenteras där då. "Tackat nej". "Erbjuden dusch, tackat nej", "erbjuden städning, tackat nej till exempel". (ECK 4)*

Som tidigare nämnts finns exempel på verksamheter i intervjumaterialet där det brukar sätta samman tillfälliga team bestående av en mindre personalgrupp som avlastas sina ordinarie arbetsuppgifter när man får palliativa patienter som kräver "passning" och vård dygnet om. En av respondenterna menar att dessa team kan skapa förutsättningar för något som denne beskriver som ett "natur-

ligt förhållningssätt” där man i mindre utsträckning behöver förlita sig på nedskrivna rutiner för att skapa förutsättningar för delaktighet och valfrihet:

*Har vi lyckats sätta ihop ett sådant här team kring vårdtagaren så ska det vara så naturligt att se den enskilde och fråga efter dom här sakerna någonsans att man ska inte behöva gå efter ett papper utan man kan ju fråga om den enskilde är frågbar så att säga. Så frågar man ”är det någonting i övrigt du önskar av hjälp eller stöd eller någonting”, så man har en kommunikation hela tiden med frågor och svar. Det tycker jag är ett naturligt förhållningssätt. (ECK 6)*

### **Chefens roll i det dagliga vårdtagarnära samarbetet**

Vad gäller den egna rollen som chef, med fokus på det vårdtagarnära samarbetet, så ger respondenterna lite olika bilder och tar fasta på lite olika aspekter. I viss mån är detta naturligt eftersom respondenterna ansvarar för olika verksamheter och/eller uppgifter där exempelvis enhetscheferna inom hemtjänsten har vissa specifika funktioner som man inte återfinner hos övriga respondenter. En av dessa uppgifter är att se till att beviljat bistånd blir utfört och att säkerställa att personalen ges förutsättningar och har resurser för detta vilket två enhetschefer inom hemtjänsten tar upp explicit. En av dessa menar att det även är hennes uppgift att följa upp de beviljade insatserna med vårdpersonalen samt att även vara delaktig i sjukvårdande arbetsuppgifter eftersom hon är arbetsledare för undersköterskorna som ofta utför dessa arbetsuppgifter på delegation från distriktssköterskorna. Detta innebär att hon även måste vara involverad i avvikelser rörande sjukvårdande insatser. Sammantaget menar denna respondent att detta kräver ett intimt samarbete mellan henne och distriktssköterskorna.

Den *relationella* aspekten av ledarskapet kommer till uttryck på flera sätt i intervjuerna. Det kan t ex handla om att agera *konfliktlösare* i kontakten mellan olika yrkesgrupper där första linjens chefer ibland kan känna sig nödgad att involvera en högre chef. Flera respondenter betonar även att det är viktigt att se till att samarbetet fungerar inte bara personalen emellan utan också i kontakten mellan vårdgivare och vårdtagare/anhöriga. Vissa beskriver detta som ”att vara spindeln i nätet”, andra beskriver det i termer av att ”fungera som bollplank” eller ”problemlösare”. Det handlar ofta om att som chef försöka reda ut problem i kontakten mellan vårdgivare och vårdtagare/anhöriga i de fall där dessa parter inte lyckas reda ut det själva. Ett par av respondenterna menar att både vårdtagare och anhöriga ofta är väldigt känsliga vid vård i livet slut. Detta leder lätt till konflikter med personalen, konflikter som tenderar att fördjupas om man inte löser dem menar en av de intervjuade. Två möjliga strategier för att

lösa konflikter av denna typ lyfts fram; antingen att gå in och handleda och ”peppa” personalen utan att involvera vårdtagare eller anhöriga, eller att gå in och prata med samtliga parter.

Angående sin roll i det vårdtagarnära samarbetet nämner en respondent att den främsta uppgiften, utöver den personalresursmässiga och att ansvara för hjälpmedel till personal och boende, är att se till att det händer något när det efterfrågas. Det kan handla om att stöta på folk och ställa frågor även om de är aviga, att få igång en diskussion om saker som ingen vill ta i så det skapas en tydlighet i verksamheten. En annan chef menar att hon framför allt är lite funderksam kring hur hon ska hitta ett bra sätt att få alla medarbetare att ta till sig aktuellt vårdprogram för att det skall få genomslag fullt ut.

## Vårdplanering

Enligt det lokala vårdprogrammet handlar vårdplanering om att samordna vårdinsatserna på ett optimalt sätt (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:12). Här betonas också vikten av att i samverkan med patient (och eventuellt närstående) upprätta en individuell vårdplan i vilket den enskildes önskemål tydligt framgår. Vidare framhålls att valfrihet förutsätter information om vilka olika alternativ som finns att tillgå och att omvårdnaden bör planeras så att

- den sjukes självständighet respekteras,
- behoven av säkerhet och integritet tillgodoses,
- lidande och symptom förebyggs och lindras,
- livskvaliteten optimeras.

Vårdplanering, förstått som en *samordning av vårdinsatser*, förekommer i flera sammanhang enligt intervjuade chefer som ger följande beskrivning: Ibland äger ett anslutningssamtal rum med vårdtagaren och anhöriga när patienter skrivs in i det palliativa team som är stationerat vid en av enheterna vid det lasarett som ingår i studien. Förutom vårdtagare och anhöriga är teamets läkare och sjuksköterska med vid detta samtal.

Enligt respondenterna samordnas även insatserna när vårdtagaren skrivs ut från lasarettet och kommunen tar över ansvaret eftersom behov av fortsatt vård och omsorg nästan alltid föreligger när det handlar om palliativa patienter. Cheferna beskriver denna typ av vårdplanering på följande sätt: Innan man vårdplanerar i samband med utskrivning så måste det finnas en medicinsk bedömning. När den väl finns och man är överens om att det inte finns något mer att göra så är det patientansvarig sköterska som initierar vårdplaneringen genom att, efter

patientens medgivande, faxa till kommunen. Ett preliminärt utskrivningsdatum skickas till kommunen som härefter bestämmer tidpunkt för vårdplanering som antingen sker på sjukhuset eller i hemmet. Äger vårdplaneringen rum på sjukhuset så är det förutom patient och anhöriga, patientansvarig sjuksköterska på lasarettet, kommunens sjuksköterska, biståndsbedömare och ibland reabpersonal, sjukgymnast och arbetsterapeut som deltar. Härefter går man igenom vilka insatser som behöver göras i hemmet eller den vårdinrättning där vårdtagaren ifråga kommer att hamna. Skall patienten till eget boende behandlas även vilka eventuella hjälpmedel som behövs för att det ska fungera i hemmiljön. Vidare går man igenom vilka hemtjänst- och sjuksköterskeinsatser som krävs, något som även nedtecknas i form av en överenskommelse som anhöriga och vårdtagare skriver under.

Några av de intervjuade framhäver i detta sammanhang vårdtagarens valfrihet. Här betonas till exempel att ingen vårdplanering äger rum om patienten inte vill, och att anhöriga inte får delta om patienten motsätter sig detta. En enhetschef inom hemtjänsten menar dock att det kan vara problematiskt för vårdtagaren att påverka i dessa sammanhang. Hon menar att en del palliativa patienter är så omtöcknade av morfin att de inte förstår konsekvenserna av olika alternativ.

I det lokala vårdprogrammet betonas, att om vården ska fungera utifrån den döendes behov krävs samverkan mellan olika huvudmän (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:8). Respondenternas åsikter kring hur väl samarbetet mellan lasarett och kommun fungerar i samband vårdplanering varierar i viss mån. Vissa chefer kan sägas ge uttryck för en positiv hållning, medan andra har en mer kritisk inställning till samarbetet. De kritiska synpunkter som framförs från avdelningscheferna vid lasarettet handlar framför allt om att befintligt tekniskt-administrativa system, där man använder sig av pappersbaserat faxsystem vid informationsöverföringen, är "tungrott" och "gammaldags". En av respondenterna har vid intervjutillfället precis varit på studiebesök på annan ort där man infört ett datoriserat system för motsvarande informationsöverföring, något som hon menar föreföll betydligt smidigare och mer användarvänligt jämfört med deras egna faxsystem.

Avseende den vårdplanering som äger rum vid utskrivning från lasarettet uppger flera enhetschefer inom kommunal hemtjänst att de inte har någon kunskap om hur denna fungerar eftersom detta sköts av distriktssköterskorna inom hemsjukvården. Enhetschefen inom hemsjukvården, som generellt anser att vårdplaneringen fungerar bra, upplever dock att man från sjukhusets sida ibland kategoriserar patienter som *färdigbehandlade* istället för *palliativa*. Hon tror att detta är en medveten strategi eftersom lasarettet har rätt att skriva ut patienten

om denne kategoriseras som färdigbehandlad vilket inte är fallet om denne istället kategoriseras som palliativ. I det sistnämnda fallet har patienten rätt att stanna kvar på lasarettet om denne så önskar, vilket i så fall belastar lasarettets budget.

Den vårdplanering som beskrivits ovan handlar framför allt om den typ av samordning som involverar nya eller förändrade biståndsbeslut. Några enhetschefer tar dock upp en mer kontinuerlig form av vårdplanering som inte nödvändigtvis involverar denna typ av myndighetsutövning. En respondent från kommunen beskriver t ex att man har regelbundna möten varannan vecka som man kallar IVÅP (individuell vårdplanering). Vid dessa möten deltar förutom enhetschefen själv, vårdpersonal, sjuksköterskor och biståndshandläggare. Vårdtagare och anhöriga deltar dock inte vid dessa möten och inga förändrade biståndsbeslut äger rum. Vid denna typ av vårdplanering kommunicerar olika professioner och yrkesgrupper med varandra, och utgör därmed exempel på tvärprofessionellt samarbete, ett samarbete som respondenten beskriver på följande sätt.

*Ja man tar ju upp liksom hur kan vi göra, hur kan vi hjälpa den här vårdtagaren för att må så bra som möjligt, utefter vars och ens yrkesgrupp då...och då kommer det ofta fram saker att...den här personen t ex har trycksår och inga ben och då har vi dom och dom hjälpmedlen och så vidare, bara som ett exempel då. Sjuksköterskan då liksom det är ju med medicinhantering, omläggningar och vad det nu kan vara //. Vårdpersonalen det är ju då att dom sköter ju då kanske...den övriga biten då.  
(ECK 1)*

### **Chefens roll vid vårdplanering**

När det gäller vårdplanering vid utskrivning från lasarettet så uppger samtliga avdelningschefer inom slutenvården att man inte är med personligen. Dock finns det vissa skillnader i hur dessa chefer beskriver sin roll i detta sammanhang. En uppger att hon överhuvudtaget inte har någon funktion, medan en annan menar att hon endast är inkopplad vid problem. Övriga två chefer pekar dock på lite fler funktioner såsom att följa upp och informera om befintliga rutiner samt även förbättra dessa vid behov. Här kan vi alltså skönja en informativ, kontrollerande och i viss mån strategisk funktion i intervjuvararen, funktioner som kan sägas representera en uppgiftsorienterad ledarskapstrategi (Nilsson 2003).

Med ett undantag så tycks det, i likhet med avdelningscheferna inom slutenvården, vara ovanligt att de kommunala enhetscheferna är med personligen vid biståndsrelaterad vårdplanering. En gemensam nämnare för omsorgschefernas beskrivning av sin roll är att det är deras ansvar att biståndsbeslut verkställs, att vårdtagaren får det som beslutats och att resurser för detta i form av personal och hjälpmedel finns. I detta sammanhang pekar omsorgscheferna på några olika dilemman. En av respondenterna menar att begränsade ekonomiska resurser kan vara ett problem i sammanhanget, samtidigt som hon betonar att detta aldrig får innebära att hon går in och styr biståndsbeslutet eller att hon förhindrar att beslut verkställs. Är det så att ett biståndsbeslut inte kan verkställas med befintliga resurser så får hon vända sig till sin chef för att säkerställa att adekvata resurser tillhandahålls.

En annan omsorgschef menar att det kan vara svårt att få en bild av vårdtagaren eftersom hon inte själv är med i processen fram till biståndsbeslut. Detta dilemma kan illustreras med följande citat.

*Ja det kan ju bli lite kluvet eftersom jag inte är med i processen fram till biståndsbeslut. Man får ju på papperet försöka och bilda sig en uppfattning om vem vårdtagaren är och så ska jag ju då samtidigt stötta personalen som ska ta hand om vårdtagaren. Man får ju försöka och läsa sig till det hela. Så att det kan ju vara lite konstigt faktiskt. Och jag träffar ju sällan kanske över huvudtaget inte den vårdtagare som då är i palliativ vård. (ECK5)*

Denna arbetsledare beskriver ett informationsproblem som kan uppkomma i och med den tudelning av biståndshandläggning och arbetsledning på två olika yrkesroller som många av landets kommuner infört sedan 1990-talet (Lindelöf & Rönneback 2004). Tidigare var biståndshandläggningen integrerad i arbetsledarens arbetsuppgifter. Men i en majoritet av landets kommuner har biståndshandläggningen, dvs. myndighetsutövningen skiljts från ansvaret för verkställigheten och själva hemtjänstverksamheten. Att en dylik yrkesdifferenciering kan leda till kommunikationsproblem lyfts fram i en utredning från Socialstyrelsen (Lindelöf & Rönneback 1997).

### **Övrig samverkan över huvudmannagränserna**

När det gäller samarbete och samverkan med andra vårdgivare så är cheferna inom slutenvården huvudsakligen positiva, om vi undantar de problem av teknisk-administrativ karaktär som beskrivits ovan. Några av de kommunala enhetscheferna framför dock kritik av lite annorlunda karaktär som bland annat handlar om bristande förståelse från slutenvården när det gäller förutsättning-

arna att beskriva sjukvård inom kommunen. Samtidigt betonar en av dessa respondenter att förståelsen kan variera både mellan avdelningar och mellan personer inom en och samma avdelning.

*Ja, det är så, det är väldigt olika avdelningar hur det fungerar, hur man ser på kommunen, det kan också variera mellan olika personer på en och samma avdelning. En del har ingen förståelse för hur det ser ut ute då i kommunen, att det finns inte några läkare här som springer runt och tittar på alla vårdtagarna. Här har vi ingen som stöttar en hela tiden utan man får sköta mycket själv och det förstår inte alla på lasarettet. De tror att det finns folk runt omkring hela tiden här men det är...jag vet inte hur de tror men det verkar så ibland i alla fall. (ECK 3)*

En annan kommunal chef menar att samarbetet huvudsakligen fungerar bra med andra vårdgivare, men att huvudmannagränserna ibland kan göra det problematiskt med informationsöverföringen. Vidare anser respondenten att det är en viss trångsynthet inom vissa delar av sjukvården, att man fokuserar på symtomen men saknar det helhetsperspektiv som han anser finns inom kommunal omsorg.

*Man glömmer bort vårdtagarens livssituation. Man ser endast utifrån sitt eget perspektiv, en cancerpatient med en cancersvulst då någonstans i kroppen som ska hem någonstans och som ska få den och den vården. Men man glömmer av att titta på hur den här människan lever när den kommer hem. Den kan ju ha en lägenhet som behöver anpassas, det måste vara mycket andra bitar, sociala faktorer. Finns det närhet osv.? Att man tittar lite grann runt om. Alla har inte anhöriga, alla är inte trygga hemma utan man är trygg på lasarettet. Det är viktigt att det finns en öppenhet, ett vidare synsätt ifrån lasarett och sådant. Man kanske inte lever med stadens alla möjligheter va. Utan man bor kanske ute i glesbygden, det kan vara två mil till närmaste granne. // Det handlar om att inte endast ta sjukdomen och behandlingen som det enda allenarådande. Sedan kan någon skylla på resursbrist och att det inte ingår i deras roll, men jag tycker att vår roll gemensamt i samhället är ju att ta hand om alla människor på ett bra sätt. (ECK 6)*

## **Handledning och stöd till medarbetarna**

Forskning ger vid handen att vårdpersonal upplever ett stort behov av handledning och stöd när det gäller palliativ vård (Albinsson 2002; Socialstyrelsens 2004:68f) och i detta sammanhang har ledarskapet betonats (Bondas 2003). Detta torde vara viktigt att beakta om man som chef vill få till stånd ett ledar-

skap som ger legitimitet inåt. I det lokala vårdprogrammet nämns att det inte är ovanligt att personalen känner skuld, förtvivlan, hjälplöshet och sorg och att arbetsgivaren därför har ansvar för att personalen har tillgång till stöd och handledning (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:52). Vidare framhålls, att vid vissa tillfällen, kan professionell handledning behövas samt att personalstöd skall ingå som en naturlig del i arbetet.

Möjlighet till formell handledning tycks personalen vid intervjutillfället endast ha möjlighet att få i en av de berörda verksamheterna. Formell handledning är dock på väg att införas i ytterligare en verksamhet. Härutöver finns det också en avdelning inom slutenvården där personalen avböjt handledning uppger chefen för avdelningen. Men även om formell handledning saknas så pekar flera chefer på att sjuksköterskorna stöttar övrig vårdpersonal. Härutöver uppger samtliga respondenter att man i sin position som chef försöker stödja personalen när det gäller palliativ vård i livet slut. Detta stöd kan vara av olika karaktär. En avdelningschef inom slutenvården uppger att det mindre ofta handlar om vårdfrågor av mer teknisk karaktär. Istället menar hon att det är mer vanligt förekommande med informations- och samordningsfrågor av karaktären ”*borde vi inte skriva en remiss till det palliativa teamet*”, eller ”*var får patienten den bästa vården just nu*” (ACS2). Härutöver menar hon att personalen kan behöva stöd kring etiska dilemman.

*Det kan kanske vara någon patient som man vill göra någon undersökning på trots att denna är palliativ och personalen har kanske upplevt att patienten inte vill detta och så och de är rädda att detta ska ske ändå. Det kan vara mycket sådana här etiska dilemman. (ACS2)*

En annan chef inom slutenvården menar att hon i vissa fall har bättre förutsättningar att lösa problem och konflikter än vårdpersonalen eftersom hon har större distans till det direkta vårdarbetet och därför kan se på saker ur olika perspektiv. Vad detta innebär mer konkret kan exemplifieras med följande citat:

*Oftast sitter jag lite vid sidan av om man säger så. Jag kanske inte ser bara patientens eller bara personalens problem då utan jag kanske kan se helheten mer i och med att jag har lite distans till det hela. Sist var det en våldsam diskussion med en som har öppen retur<sup>1</sup> som åker ut och in här varför han ska duscha varenda gång innan han åker. Han hinner inte in*

---

<sup>1</sup> ”Öppen retur” innebär att patient kan läggas in på vårdavdelning där patienten tidigare har vårdats utan att behöva passera akutmottagningen.

*innan han ska duscha, var det någon som tyckte. Jamen det är en löjlig fråga, tycker man. Men det kan ställa till ett väldigt huvudbry för någon som känner sig väldigt stressad en dag att kanske kunna se. // Vad detta ska vara bra för och vad är det för service vi ska erbjuda jämt och ständigt och ska detta vara nödvändigt och så va. Men då får man kanske ta ett steg tillbaka och titta lite grann. Jamen kom nu ihåg, hur var det denna patient hade det hemma? Vem är det som sköter om där hemma? Dottern kanske inte ens får lov och se sin pappa avklädd, de kanske har en sån kultur eller någonting så det inte går eller man får tänka på såna saker också då va liksom att man kan styra tillbaka det hela till att det kanske är vettigt och rimligt och han tycker att det är okej att vi gör det här va. Han kanske tycker det är skönt va. Jamen då liksom då la sig diskussionen. Jojo, nämen det kanske är. Jojo, jaja i stället för att man ska bli förbannad på företeelser då va. Så där kan jag ju liksom göra såna insatser då va. (ACS 3)*

Ett annat sätt att stödja personalen som ett par av cheferna ger exempel på är att låta personal som haft det ansträngande privat, som själva kanske haft en anhörig som befunnit sig i ett palliativt skede, byta arbetslag så de slipper vårda denna typ av patienter.

*Om maken har dött för någon månade sen i cancer så är det inte så lätt och sköta någon i den åldern med cancer som ligger likadant. Nej. Då brukar jag ofta se till att de får jobba i ett annat arbetslag istället. (ACS4)*

## **Förutsättningar att bedriva god palliativ vård**

Under intervjuerna ställde vi ett antal frågor kring hur cheferna såg på förutsättningarna att bedriva en god palliativ vård inom den verksamhet som de ansvarar för. I detta sammanhang frågade vi explicit om förutsättningar i form av kompetens, tid och prioriteringar. Anledningen till att dessa aspekter betonats är att det lokala vårdprogrammet lyfter fram palliativ vård i livets slut som en prioriterad vårdform som kräver tid och utbildning (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004).

### **Kompetens**

Några av respondenterna ger en mer oproblematisk bild av kompetensförutsättningarna inom det palliativa området. Ett exempel är avdelningen med palliativ inriktning där chefen lyfter fram personalens, som hon anser, gedigna kompetens speglad genom erfarenheter från utbildningssammanhang.

*Jag tycker att vi driver en jättebra palliativ vård. Jag tycker att vi ligger långt fram och jag har upplevt att när vi varit på kurser, det låter skrytsamt, så har jag upplevt att när vi ska lära oss då att så gör vi ju. Och det är många mer än jag, det är många medarbetare som säger likadant att när de varit på en kurs att "det kunde vi redan". Sedan är det alltid små guldkorn som man snappar upp lite här och var men vi ligger långt fram fast vi är små. (ACS1)*

En chef från omsorgen menar att man säkerställer vårdkvaliteten genom att sätta samman team med medarbetare med rätt kompetens, erfarenhet och förhållningssätt för de uppgifter som är förknippade med vård i livets slut. I likhet med denna respondent framställs inte kompetensfrågan som något större problem av en av respondenterna från slutenvården vilket hon anser hänger samman med två omständigheter. För det första är palliativa patienter ofta vårdtagare som man känner sedan innan eftersom de inte sällan vårdats vid enheten tidigare, något som systemet med "öppen retur" ger förutsättningar för. För det andra har man det lokala vårdprogrammet *Vård i livets slut* att vända sig till som kunskapskälla vid behov.

*Vad man skulle göra i så fall om man känner att det är någonting man inte riktigt klarar upp så är det väl kanske att man skulle ha lite mer strikta rutiner för det här med palliativ vård och dom finns ju nära till hands och det finns ju ett vårdprogram alltså som man kan vända sig till va, där man kan studera och det finns ju bra rutiner upplagda och så. Dom här patienterna som kommer i åtnjutande utav palliativ vård är ju alltid samma patienter som har så kallad öppen retur och dom har vi ju varit i kontakt med på avdelningen så vi vet ju en del vad som gäller redan. Så att det finns ju mycket information att hämta. Så kompetensen tror jag inte är något större problem. (ACS3)*

Emellertid menar samma intervjuperson att det är problematiskt att läkarna ibland inte ordinerar tillräckligt med smärtstillande när det enligt henne föreligger ett sådant behov, något som hon kopplar till bristande erfarenhet av vissa palliativa patientgrupper. Detta innebär att man från avdelningens sida blir tvungna att ta kontakt det palliativa teamets läkare.

En annan chef från slutenvården menar att vårdkvaliteten egentligen är något som man skall fråga patienterna om, men anser att man antagligen kan höja

kvaliteten på vården utifrån de förutsättningar som ges. Möjliga förbättringsområden som hon trycker på är kommunikation och, i likhet med respondenten ovan, smärtlindring.

*Ja tror just att det är det här med kommunikationen mellan alla oss och likadant att...vi kan bli bättre rent kompetensmässigt alltså för....det är väl kanske inte något som vi ska säga så som...vi har inte jobbat så mycket med smärta och smärtlindring men det förstår vi ju nu att det är viktigt och det har vi ju dessutom nu kunnat avläsa i patientenkäten att här har vi ett förbättringsområde. (ACS2)*

Förbättrad kommunikation efterfrågas även av en annan respondent som även pekar på rutiner som ett förbättringsområde.

*Att få in bättre rutiner, det kanske är det som man saknar och man behöver göra upp någon riktigt bra plan för att...att man då satte sig ner och ...verkligen satt fingret på vad det är som ska gälla i de olika.... Det vore nog inte alls...fel. Men....Nej och sen...utveckla det här samarbetet mellan oss grupper skulle jag säkert göra också...det kanske inte är så bra // (ECK5)*

En av respondenterna menar att det svårt att säkerställa att all personal får utbildning på området beroende på personalomsättning. All personal har inte heller genomgått omvårdnadsutbildning, en problematik som framför allt gäller sommarvikarier. Att vikarierande personal får jobba tillsammans med erfaren dito är av denna anledning viktigt menar hon. Att utbildning skulle lösa alla kompetensbrister inom det palliativa området ifrågasätts dock.

*Jo men man kan ju vara väldigt bra på att tvätta eller mata (skratt) eller någonting även om man inte har någon utbildning. Det här bemötandet, det är ju inte bara något som man lär sig utan det har man som människa (skratt). //Det spelar ingen roll hur mycket du har gått i skolan, har du ett dåligt bemötande så har du det ändå men...en del kanske är jättekompetenta även om de inte har gått en utbildning och en del blir aldrig kompetenta någonsin. (ECK3)*

## **Tid, prioriteringar och kontinuitet**

Tid och prioriteringar är viktiga aspekter för att kunna erbjuda en bra palliativ vård betonar flera av de intervjuade. Man menar att tiden är knapp, vilket kräver att man prioriterar. Detta kan ske på lite olika sätt. För att skapa förutsättningar för ökad patientfokusering och patienttillfredsställelse kan man t ex

skjuta upp göromål som inte är akuta samt ta bort rutiner som uppfattas som onödiga.

*Det handlar om prioritering, tid är väl det som vi har minst av, men du kan också prioritera om tid. Vad är viktigast? Du kan strunta i köksgolvet eller du kan strunta i att städa för nu är något annat viktigare. Idag hade vi till exempel två överläggningar. Det är jättemycket. Samtidigt hade vi en patient som skulle åka till x-stad som inte ville åka ensam. Ja vad får vi prioritera då? Jo, vi får prioritera att vi skickar iväg en personal för patienten ville det, vi struntar i köksgolvet för vi kan städa det i morgon eller också ber vi natten städa det. // Likaså idag väcker vi aldrig palliativa patienter om de vill sova på morgonen, vi väcker aldrig dem på morgonen till frukost. Men förr var det så att upp med persiennen och in med frukosten "God morgon!" Nu gör vi aldrig det. (ACS1)*

I det lokala vårdprogrammet understryks, med referens till Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5), att palliativa patienter tillhör prioriteringsgrupp 1 (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:4). En respondent inom omsorgen ger tydligt uttryck för denna prioritering i sitt svar på förutsättningarna att erbjuda en god palliativ vård i livets slutskede:

*Ja alltså vi tullar ju aldrig på det även om vi har svårt med personal och så här va och har // budget som vi måste hålla och så va. Det är precis som jag sa att där ställer vi upp alltså, vi gör det bästa av situationen och för över mer resurser till personal. // Så får vi överskrida budgeten och så får vi motivera då att det var för vård i livets slut // (ECK1)*

Samma respondent menar att man lägger ner extra resurser på vård i livets slut där hon framför allt betonar vikten av vak så ingen ska behöva dö ensam.

*Ingen skall behöva dö ensam. Så har dom inga anhöriga så brukar vi sätta in när dom börjar närma sig slutet, så sätter vi in extravak så tar jag in extrapersonal. Sen kan vi ju ha anhöriga som inte orkar, eller klarar det // (ECK1)*

Denna respondent ger alltså uttryck för att vård i livets slutskede är en prioriterad vårdform. Emellertid, en avdelningschef vid en slutenvårdsavdelning, där olika patientkategorier vårdas, menar att förekomsten av akutfall kan göra att palliativa patienter inte alltid kan vara första prioritet.

*Man kan ju inte prioritera bort akuta saker till förmån kanske för rehabilitering och inte alltid till förmån för palliativa patienter heller. Det beror*

*precis på vad det är. Men är det något som kommer in från akuten och det ska åtgärdas nu och helst redan vara gjort, då klart då blir det detta som blir våran första prioritet att ta hand om. // Den palliativa vården den kanske är lite lättare att planera och den kan man mer liksom lägga upp under tidens gång. Det här andra blir ju mer en ryckighet som stör då. (ACS2)*

En av respondenterna, som för övrigt är nöjd med vården av de palliativa patienterna, anser att brist på enkelrum ibland kan vara ett problem.

*Jo det är ju svårt och liksom du kan ju ha behov utav enkelrum // då är det svårt liksom ibland när dom inte räcker till och man får flytta ut någon som egentligen borde haft ett enkelrum. Det känns inte bra. Men i övrigt så tycker jag faktisk att man vårdar de här palliativa patienterna rätt så bra. (ACS4)*

I det lokala vårdprogrammet *Vård i livets slut* framhålls att kontinuiteten är viktig i det palliativa teamarbetet (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:8). En av respondenterna menar att det kan vara problem att få kontinuitet i vårdandet när vårdtagare är i behov av många insatser under dygnet eftersom man då är tvungen att involvera många vårdgivare. Detta problem kan accentueras när man är kort om personal och därmed tvungen att sätta in vikarier.

## **Uppföljning av palliativ vård**

Det lokala vårdprogrammet *Vård i livet slut* betonar att verksamhetsuppföljning ger förutsättningar för att uppnå en god hälso- och sjukvård som ges på lika villkor (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:54f). Den typ av verksamhetsuppföljning som framför allt behandlas rör kvalitetsuppföljning där det betonas att kvalitet har mycket olika innebörd beroende på om bedömningen görs av patienter, närstående, vårdpersonal eller politiker. Av denna anledning understryks vikten av att kvalitetsuppföljningen delas upp i kvalitet som berör

- vårdorganisation,
- den enskilde patientens vård,
- patientens och de närståendes upplevelse av kvalitet i vården.

Respondenterna ger något varierande svar på frågan om det förekommer någon uppföljning eller utvärdering av den palliativa vård som ges i livet slut. Vissa svarar att detta inte är fallet, medan andra menar att det förekommer en eller flera insatser på den enhet som de ansvarar för. Enligt det lokala vårdpro-

grammet Vård i livets slut kan en systematisk tillämpning av Weismans sex S, från planering till utvärdering, kunna utgöra en modell för kvalitetssäkring av vården av döende.<sup>3</sup> Chefen, vid den avdelning som specialiserat sig på palliativa patienter, uppger att personalen varannan vecka gör en mer grundlig uppföljning av en av enhetens patienter med hjälp av Weismans sex S:

*Jo, så varannan torsdag så klockan ja på eftermiddagen, så är det frivilligt så väljer de ut en patient och så går de igenom de 6 S:n och det handlar ju om vad som kunde bli bättre. Det kan vara en patient som ligger inne, det kan vara en patient som har gått bort och då går de igenom "vad kunde ha blivit bättre". Och då har de en mall som man följer personalen. Och det är någon slags kvalitetssäkring och se "vad gjorde vi och vad kunde blivit bättre, vad blev bra?". (ACS1)*

I det lokala vårdprogrammet uttrycks skepsis avseende enkäter och intervjuer som metoder för att få fram data gällande livskvalitet och tillfredsställelse med vården (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:56). De orsaker som anges till denna skepsis är att dylika studier ofta utfaller mer positivt än vad verkligheten egentligen är, exempelvis beroende på förväntningar på vården och beroendeställning till vårdgivaren. Vid flera av de berörda enheterna används emellertid enkäter som en metod för att förbättra vården, enkäter som både kan vara riktade till patienter såväl som anhöriga. Flertalet av dessa enkäter tycks dock inte vara specifikt inriktade mot palliativ vård i livet slut. Ett par av respondenterna uppger även att det vid deras enheter förekommer eftersamtal med anhöriga och personal efter dödsfallet.

En av respondenterna pekar på det faktum att dokumentation i kombination med kommunikation, till exempel i samband med rapporter, har funktionen av kontinuerlig uppföljning av den vård som ges:

*Det är muntligt och skriftligt där en diskuterar liksom nu fick han det och det och det hade god effekt eller det hade ingen effekt och nu är de oroliga för det och det. Det är ju så det går till hela tiden. // Är det något som inte har blivit bra så får vi försöka något annat. Det är ju en ständig kommunikation och dokumentation av detta. (ACS4)*

---

<sup>3</sup> Weismans sex S står för 1) symptomlindring och adekvata vårdformer, 2) självständigt liv, 3) sociala relationer, 4) självbild, 5) syntes och sammanhang samt 6) samtycke (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:55).

## Kompetens

I det lokala vårdprogrammet *Vård i livets slut* poängteras att kompetenshöjning genom utbildning är en viktig förutsättning för palliativ vård samt att en god organisation präglas av kontinuerlig utbildning (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:52). Utifrån respondenternas utsagor tycks det finnas variationer vid berörda enheter när det gäller insatser för kompetensutveckling i form av utbildning, utvecklingsdagar etc. Vid avdelningen med palliativ inriktning får två medarbetare i halvåret åka i väg på palliativ utbildning. Den information och kunskap som medarbetarna får med sig från dessa utbildningar får sedan vidareförmedlas till övriga anställda vid enheten. Avdelningschefen vid denna enhet anser att det är viktigt att kompetensutvecklingsinsatser inte uteslutande äger rum vid den egna arbetsplatsen, utan att möjlighet ges att få komma iväg på externa kurser:

*Jag har försökt att vara rätt så generös med att alla ska få åka iväg på utbildning för jag tror att det är jätteviktigt, du växer i dig själv. För många säger så här, bl.a. min chef säger så, att det är bättre att ta hit en föreläsare för det har många flera nytta av det. Ja, till en viss gräns men samtidigt får man åka på en kurs till Uppsala eller Helsingborg eller Stockholm så ger det också en liten kick och det blir att de får träffa andra som ger dem mycket mer...det ger så mycket mer på vägen. (ACS1)*

Andra chefer ger snarare uttryck för den motsatta policyn, dvs. att man framför allt bör satsa på "breddutbildning" på arbetsplatsen istället för att skicka i väg personal på kurser. Denna ståndpunkt kan illustreras med följande citat:

*Vi har inte använt oss av kurser...business där man betalar 10 000 för att skicka iväg någon för att höra något som vi har här på arbetsplatsen. Utan vi har då satsat på mer breddutbildning, antingen att man tar hit någon eller vi använder det vi har eller man får fråga helt enkelt vad det är som behövs och så. Men vi har inte åkt iväg på det sättet bara för höra om palliativ vård, det har vi inte. (ACS2)*

En annan chef som är av samma åsikt menar att externa utbildningar är kostnadskrävande och att det inte heller är självklart att dessa ger ett större mervärde jämfört med "breddutbildning" på arbetsplatsen:

*Det är ju mer kostnadskrävande och...eh...det är inte alltid att man kan se att man får ut mer utav det. Utan då kan du få en enskild person som kan en del men det är ju frågan om att man ska kunna använda det i sitt arbe-*

*te och sprida det till alla andra också och det är inte alla som har den förmågan. (ACS3)*

Utifrån respondenternas utsagor så tycks det inte endast vara upplägget på kompetensutvecklingsinsatserna som varierar, utan även frekvensen av dessa. Ett par av cheferna efterfrågar mer kompetensutveckling för personalen. Två respondenter menar också att det finns skillnader mellan sjuksköterskors och undersköterskors möjlighet till utbildning. En chef, som är sjuksköterska till professionen, menar att orsaken till detta ligger på utbudssidan:

*Tyvärr är det så att mycket utbildning är bara för sjuksköterskor, inte för undersköterskor //. Så det är sjuksköterskor som åker på mer. Men det är för att utbudet är mycket större. (ACS1)*

En annan chef, även hon sjuksköterska till professionen, menar att det är sjuksköterskornas kvalifikationskrav och storlek som är bestämmande för deras relativt större möjligheter till utbildning:

*Sjuksköterskorna har ju en sådan profession så de måste lära sig om det kommer nya saker och så. Vårdpersonalen är så många så innan du har hunnit utbilda alla så har det hunnit hända ganska mycket (skratt). Det har ju med det att göra också, det går inte att komma ifrån. (ECK3)*

## **Vårdprogram**

### **Det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut***

Samtliga chefer uppger att man känner till det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut* varav flertalet också läst om inte hela så i alla fall delar av detta policydokument. Några av de intervjuade uppger också att vårdprogrammet behandlats på ett eller flera möten med personalen men ger samtidigt inte uttryck för att detta skulle vara ett ”aktivt dokument” som flertalet av de anställda läst eller använder sig av i det dagliga vårdarbetet. Ingen av respondenterna uppger heller att det vid tidpunkten för intervjun utarbetats några lokala handlingsplaner eller andra typer av implementeringsaktiviteter. Emellertid uppger två enhetschefer inom hemtjänsten att det inom deras kommun del finns planer på aktiviteter knutna till vårdprogrammet, aktiviteter som man dock inte har någon konkret bild av vid intervjutillfället. Härutöver är det en avdelningschef inom slutenvården som uppger att hon planerar att ta upp vårdprogrammet på en utbildningsdag och att hon i detta sammanhang funderar på att bjuda in en specialist inom palliativ vård. Men samtidigt betonar denna avdelningschef att det inte är tillräckligt att behandla ett vårdprogram vid ett utbildningstillfälle,

utan att man måste diskutera och följa upp dess konkreta tillämpning i vårdarbetet vid upprepade utbildningstillfällen där man utgår från frågor som ”hur har det gått, vad har vi gjort, vad skulle vi göra mer?” (ACS 4)

Respondenternas åsikter om det lokala vårdprogrammet är huvudsakligen av positiv karaktär. De positiva omdömena är dock till huvuddelen mycket fåordiga, vaga och allmänna. De chefer som är lite mer utförliga i sina kommentarer uppger här omdömen som att policydokumentet är ”heltäckande” och en ”bra sammanfattning av vad man behöver känna till” om palliativ vård och att det är någonting som man kan använda som en ”kokbok”, som ett ”rättesnöre”. En av dessa respondenter upplever dock inte att det är något helt nytt som behandlas i dokumentet.

*...det är inte något helt nytt som man ska ta till sig som är kontroversiellt, för mycket av det som står i vårdprogrammet känner jag är förenligt med det vi gör. (ACS2)*

En annan av cheferna menar av vårdprogrammet kan fungera som ett referensobjekt för att säkerställa att man lever upp till målen med den palliativa vården. I övrigt uppfattar denna respondent vårdprogrammet i mångt och mycket som ett historiskt dokument av vad man till dags dato kommit fram till, inte endast i arbetet med detta vårdprogram, utan även i arbetet med andra vårdprogram och policydokument. Intervjupersonen tror att processen fram till det färdiga policydokumentet varit viktigare och mer inflytelserik än programmet i sig. Huruvida det finns förutsättningar att arbeta efter programmets ideal är i mångt och mycket strukturellt och kulturellt betingat, det handlar om lokaliteter och bemanning liksom utformning av förvaltningar och organisationer menar respondenten.

Till de mer negativa omdömena av det lokala vårdprogrammet hör att det är omfattande och att detta kan vara ett problem i vår informationstäta tidsålder, och att detta skapar svårigheter att nå ut och förankra policydokument i verksamheten. Att förankra vårdprogram i den konkreta vården är överhuvudtaget något som uppfattas som problematiskt av flera respondenter.

### **Vårdprogram i allmänhet**

Under intervjuerna ställde vi även några avslutande frågor kring respondenternas uppfattningar om vårdprogram i allmänhet. Som nämnts tidigare så finns det chefer i materialet som menar att dylika policydokument kan ha funktionen av ”rättesnöre” och ”kokbok”. En av de intervjuade menar t ex att det är ett sätt att förmedla hur en viss kategori skall behandlas, att man kan använda dessa

policydokument som ”lexikon” eller ”uppslagsböcker”. Vissa chefer ger uttryck för att vårdprogram i sårvård och hjärtsjukvård används på detta sätt. Däremot är det ingen som ger uttryck för att det lokala vårdprogrammet i palliativ vård skulle användas på detta sätt i någon större utsträckning i dagsläget.

Som tidigare nämnts finns det också respondenter som betonar att arbetsprocessen fram till ett färdigt vårdprogram i sig skulle kunna ha vissa positiva effekter för verksamheten. Detta inte minst beroende på att så många personer och så många professioner, ofta med förankring i den lokala verksamheten, är involverade i utarbetandet av vårdprogram. Men samtidigt ger flera chefer uttryck för att det är problem att nå ut med och förankra dessa policydokument i det konkreta vårdarbetet hos den större personalgruppen. En viktig orsak till detta som framförs, är att många vårdprogram är omfattande vilket kan vara ett problem i vår informationstäta tid. Av denna och även andra anledningar är informationsfrågan central menar flera.

Flera respondenter anser dock att det finns faktorer och omständigheter som skulle kunna ha positiv effekt på spridning och förankring av vårdprogram. Av dessa faktorer kan nämnas hårdare styrning, att vårdprogrammen och dess innehåll uppfattas som tillräckligt angelägna och viktiga samt värdet av att utarbeta lokala konkreta handlingsplaner. En av respondenterna pekar på att vårdprogram ofta är stora och att man därför behöver plocka ut vissa delar och arbeta dessa mer ingående.

Även om det inte finns några intentioner att den utvärdering av det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut* som denna intervjustudie är en del av skulle vara en del av implementeringen av detta policydokument så har en respondent fått uppfattningen att så är fallet. I följande citat ger hon uttryck för möjligheten att dra nytta av de förbättringsområden som framkommer i utvärderingsresultatet för att på så sätt skapa förutsättningar för att leva upp till vårdprogrammets intentioner.

*...det är väl kanske ett bra sätt att göra som man gör nu att titta på hur fungerar det nu och hur är syftet med vårdprogrammet och hur borde det se ut enligt vårdprogrammet och då hitta de områden som man behöver jobba med. (ACS 3)*

## SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION

Syftet med denna rapport är att belysa hur första linjens chefer beskriver och uppfattar palliativ vård i ett tidigt skede av implementeringen av ett lokalt vårdprogram. Att återge den ledarskapsorientering denna chefskategori ger uttryck för i frågor som rör palliativ vård är att annat syfte, liksom att belysa om i så fall på vilket sätt chefernas beskrivningar och uppfattningar ligger i linje med den palliativa vårdfilosofin så som den uttrycks i litteratur och offentliga dokument där ovan beskrivna vårdprogram utgör en central referens.

Palliativ vård beskrivs ibland som en vårdfilosofi som skall ligga till grund för planering och genomförande av vården i livets slutskede (Ternestedt 1998, Öhlén, 2000, Sandman & Woods 2003). En central del av den palliativa vårdfilosofin är samverkan och samarbete inom ramen för ett multiprofessionellt eller multidisciplinärt team, vilket antas kräva kommunikation, ledarskap och koordinering om en effektiv integration av vården skall komma till stånd (Pastrana et al. 2008).

### **Tvårprofessionellt samarbete**

I linje med det lokala vårdprogrammet *Vård i livets slut* betonar cheferna i föreliggande studie att det palliativa vårdarbetet bygger på samarbete, ett behov som framför allt visar sig i det vårdtagarnära arbetet, men också i vårdplaneringen och i arbetet med värdegrundsfrågor (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Detta behov accentueras av att denna vårdtagargrupp ofta är multisjuka och därför antas vara i behov av insatser från flera professioner och flera vårdgivare. Det dagliga vårdtagarnära arbetet beskrivs av de intervjuade som ett tvårprofessionellt teamarbete mellan framför allt sjuksköterskor, undersköterskor och i förekommande fall biträden. Andra yrkesgrupper som lyfts fram i samarbetet är läkare, reab-personal samt i någon mån sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Institutionaliserade former för samarbete som tas upp är rondsystem och system för överrapportering mellan olika arbetslag där tillstånd kring vårdtagare och anhöriga kommuniceras.

Några chefer inom slutenvården beskriver läkargruppen som problematisk och perifer i samarbetet. Möjliga orsaker till detta är, enligt de intervjuade, läkarnas specialisering, att omvårdnadspersonal och läkare verkar i två ”parallella” organisationer samt att läkarna roterar mellan olika enheter. Respondenterna menar att ett tvårprofessionellt samarbete förutsätter kommunikation och diskussion, ett behov som accentueras av att vårdpersonal och läkare i alla fall delvis har olika förhållningssätt till palliativ vård. En av cheferna ger här uttryck för

hospicerörelsens nu klassiska kritik av den medicinska professionen som objektivistisk och atomistisk i motsats till omvårdnadspersonalens holism som innebär att patientens hela livssituation beaktas i vårdandet. Att den chef som ger uttryck för detta är sjuksköterska till professionen är troligen ingen slump. Beröringspunkterna är många mellan palliativ vårdfilosofi och den generella vårdfilosofi som genomsyrar akademiska discipliner som omvårdnad och vårdvetenskap som utgör grunden för sjuksköterskornas professionella kunskapsdomän (Dahlberg m.fl. 2003). Den patientfokusering som vi finner inom vårdvetenskap och omvårdnad, med betoning på holism och patientens subjektiva värld, är även central inom palliativ vårdfilosofi (Seal 1998; Dahlberg m.fl. 2003). Möjligen är det så att palliativ vårdfilosofi endast skall uppfattas som en variant av den generella vårdfilosofi som utgör grunden för sjuksköterskornas professionsanspråk. Detta väcker frågan om palliativ vård i huvudsak ska betraktas som ett sjuksköterskeprojekt.

Den moderna sjukvården präglas av professionsanspråk från allt fler yrkesgrupper där sjuksköterskorna är ett exempel. Gerd Lindgren (1999) hävdar att en medarbetarkultur brett ut sig i moderna sjukvårdsorganisationer i takt med att en effektiv produktion betonats. På bekostnad av de tidigare yrkesspecifika kulturen betonas istället enligt Lindgren flexibilitet och teamarbete över yrkesgränserna, en utveckling som framför allt sjuksköterskorna dragit fördel av genom att ta de getts ansvar för detta nya organisationskoncept. Sjuksköterskornas professionella kunskapsanspråk med betoning på patientorientering, holism och helhetsvård låter sig också förenas med medarbetarkulturens fokus på tvärprofessionellt teamarbete, vårdkvalitet och lärande. Lindgren (1999:48ff) menar att det inte är självklart att läkarna är lika intresserade av denna nya medarbetarkulturs spridning i organisationen. Hon menar att de gör motstånd med passivitet, att de håller sig undan, troligen för att det hotar deras självständighet och därmed också deras kontroll av arbetet. Däremot finns det mycket som talar för att sjuksköterskorna kan ha en del att vinna på medarbetarkulturens utbredning, eftersom de fortfarande är underordnade läkarna ifråga om makt och status. Medarbetarkulturens intåg kan skapa förutsättningar för sjuksköterskorna att sprida och institutionalisera den vårdfilosofi som ligger till grund för deras kunskapsdomän. Institutionaliseringsen av den palliativa vårdfilosofin kan ytterligare tänkas underlätta dessa professionella ambitioner likaväl som de professionella ambitionerna kan tänkas underlätta institutionaliseringen av den palliativa vårdfilosofin. Detta eftersom beröringspunkterna, som tidigare nämnts, är många mellan dessa vårdfilosofier. En viktig förutsättning för detta torde dock vara att arbetsledning och sjuksköterskor lyckas integrera läkargruppen i det tvärprofessionella samarbetet.

## Samverkan mellan vårdgivare

I det lokala vårdprogrammet *Vård i livet slut* betonas, att om vården ska fungera utifrån den döendes behov krävs samverkan mellan olika huvudmän (Vård-samverkan ReKo Sjuhärad 2004:8). Respondenternas åsikter kring hur väl samarbetet mellan lasarett och kommun fungerar i samband med vårdplanering varierar i viss mån. Vissa chefer kan sägas ge uttryck för en positiv hållning, medan andra har en mer kritisk inställning till samarbetet. De kritiska synpunkter som framförs från avdelningscheferna vid lasarettet handlar framför allt om att befintligt tekniskt-administrativa system fungerar dåligt. En enhetschef inom hemsjukvården, som generellt anser att vårdplaneringen fungerar bra, upplever att man från sjukhusets sida ibland kategoriserar patienter som *färdigbehandlade* istället för *palliativa*. Hon tror att detta är en medveten strategi eftersom lasarettet har rätt att skriva ut patienten om denne kategoriseras som färdigbehandlad vilket inte är fallet om denne istället kategoriseras som palliativ. I det sistnämnda fallet har patienten rätt att stanna kvar på lasarettet om denne så önskar, vilket i så fall belastar lasarettets budget.

Från kommunens sida påpekas att huvudmannagränserna ibland kan göra det problematiskt med informationsöverföringen och man upplever bristande förståelse från slutenvården när det gäller förutsättningarna att bedriva sjukvård inom kommunen. En av enhetscheferna inom omsorgen upplever en viss trångsynthet inom vissa delar av sjukvården som innebär att man fokuserar på symtomen men saknar det helhetsperspektiv som hon anser finns inom omsorgen. I mångt och mycket påminner denna kritik om den ovan nämnda kritiken som en av avdelningscheferna vid sjukhuset framför mot läkarkåren. Att både dessa respondenter är sjuksköterskor till professionen är, som tidigare nämnts, troligen ingen slump eftersom helhetssyn är en central hörnsten inom sjuksköterskornas kunskapsdomän.

## Ledarskapsorientering och samarbete

Tidigare forskning ger vid handen att första linjens chefer inom sjukvårds- och omsorgssektorn framför allt ger uttryck för ett ledarskapsideal som vissa valt att kalla för *relationellt*, andra för *kommunikativt* i motsats till ledarskapsideal baserat på *uppgiftsorientering* och *effektivitet* (Nilsson 2003; Wolmesjö 2005). I denna studie tar vi dock inte fasta på ledarskapsideal, utan den roll som de intervjuade cheferna anser sig ha i palliativ vård. I samarbetsfrågor ger cheferna uttryck för olika ledarskapsorienteringar beroende på typ av samarbete. Avseende det dagliga vårdtagarnära samarbetet kommer den relationella aspekten till uttryck på flera sätt i intervjuerna. En viktig uppgift är här att agera *konflikt-*

*lösare* i kontakten mellan olika yrkesgrupper och i kontakten mellan vårdgivare och vårdtagare/anhöriga. Uppgiftsorienteringen kommer bland annat till uttryck i ansvaret för personalresurser och hjälpmedel till personalen.

När det gäller samarbete relaterat till värdegrundsrelaterade frågor ger studiens chefer i mångt och mycket uttryck för en kommunikativ orientering. I detta avseende betonas bland annat vikten av, att man i sin roll som chef, försöker få till stånd *samarbete och diskussioner* som syftar till att belysa problem, ta beslut kring vårdens mål eller skapa förutsättningar för en kontinuerlig tvärprofessionell dialog som även inkluderar vårdtagare och patienter. Andra aspekter som lyfts fram är vikten av att som chef sätta sin prägel på avdelningen genom att *förmedla vissa värderingar* där vikten av en *diskussion kring etiska frågor* understryks. Avseende en annan typ av samarbete – vårdplanering – ger cheferna inom slutenvården i mångt och mycket uttryck för ett uppgiftsorienterad orientering med betoning på en informativ, kontrollerande och i viss mån strategisk funktion. Det handlar om att informera om befintliga rutiner samt att även förbättra dessa vid behov. Det tycks vara ovanligt att cheferna är med personligen vid vårdplanering. En gemensam nämnare för omsorgschefernas beskrivning av sin roll är att det är på deras ansvar som biståndsbeslut verkställs och att resurser för detta i form av personal och hjälpmedel tillgängliggörs.

Det presenterade resultatet visar alltså att studiens chefer både ger uttryck för ett uppgiftsorienterat och ett relationsorienterat ledarskap i samarbetsfrågor. Denna dubbla orientering är troligen nödvändig för att första linjens chefer ska kunna upprätthålla legitimiteten – internt såväl som externt – för verksamhet, position såväl som egen person. Annan forskning pekar dock på att omsorgschefer för närvarande omvandlas mot sin vilja från att vara kommunikativa ledare till att bli effektivitetsorienterade chefer, en tendens som innebär att chefs-egenskaper kommer att tränga ner i organisationen på ledarskapets bekostnad (Wolmesjö 2005). Detta innebär i så fall ökad uppgiftsorientering på bekostnad av det relationsorienterade ledarskapet, något som kan skapa legitimitetsproblem i de fall det finns förväntningar på ett kommunikativt ledarskap i enlighet med det som sagts ovan.

## **Närståendestöd**

Den palliativa vårdfilosofin vilar på en holistisk grundsyn där familj och andra närstående ses som en nödvändig del av vården (Seal 1998). I det lokala vårdprogrammet *Vård i livet slut* betonas att de närstående är en viktig resurs vid vård i livet slutskede, och då inte endast för den döende utan också för vårdpersonal (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004). Man pekar på nödvändigheten av att de närstående tidigt involveras i händelseförloppet, är välinformerade och

får stöd och möjlighet att bearbeta sina egna reaktioner i processen. Dessutom understryks behov av eftersamtal eftersom detta antas vara av betydelse för hur den närståendes sorgereaktion utvecklar sig. Även om få av de intervjuade cheferna i denna studie menar att det finns rutiner för närståendestöd i deras verksamheter, så pekar flertalet ändå på vikten av att stödja anhöriga.

En fråga som kom upp under intervjuerna är om professionaliseringen av vården enbart är till gagn för de närstående eller om det finns avigsidor på det sättet att anhöriga blir ”pådyvlade” något som de inte önskar. En av respondenterna pekar här på behovet av ett ömsesidigt ansvarstagande mellan anhöriga å ena sidan och den professionelle å den andra. Det handlar om vikten av integritet och att den professionelle inte går in och ta över sorgeprocessen så att man genom det professionella stödet fråntar människor sin egen kraft. I motsats till det professionella döendet med det professionella sörjandet framhåller denna chef det naturliga döendet med det naturliga sörjandet. Detta väcker frågan om professionaliseringens välsignelse och problem. Pål Repstad (1995:159ff) menar att det inte råder något tvivel om att framväxten av professioner inom vårdsektorn har medfört ett kvalitativt bättre arbete med patienterna än om ett ore-glerat kvacksalveri hade fått råda. En vanligt förekommande kritik är dock att professionella, genom att beskriva livsproblem på ett otillgängligt fackspråk, mystifierar problemen och fråntar vanliga människor tilltron till att de själva kan göra något åt sina bekymmer. Besläktad med denna kritik är att farhågan att ett utbyggt professionellt system som tillhandahåller färdiga lösningar försvagar den spontana solidariteten mellan människor, att ansvaret för medmänniskor skjuts över på ”det offentliga”.

## **Kompetens**

I det lokala vårdprogrammet *Vård i livets slut* poängteras att kompetenshöjning genom utbildning är en viktig förutsättning för palliativ vård samt att en god organisation präglas av kontinuerlig utbildning (Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad 2004:52). Utifrån respondenternas utsagor tycks det finnas variationer vid berörda enheter när det gäller insatser för kompetensutveckling i form av utbildning, utvecklingsdagar etc. Ett par av studiens chefer menar att jämfört med undersköterskor har sjuksköterskor större möjlighet till kompetensutveckling i form av utbildning. De förklaringar som respondenterna själva ger till detta är att sjuksköterskornas profession kräver vidareutbildning, att utbildningsutbudet är större för sjuksköterskorna och att sjuksköterskorna är färre till antalet jämfört med undersköterskorna. Denna polarisering i utbildningsmöjligheter mellan dessa yrkesgrupper stöds av tidigare forskning (Rönnqvist 2001). Skillnaderna i utbildningsmöjligheter kan kopplas till sjuksköterskornas

relativt högre kvalifikationskrav och därmed även relativt högre status i den medicinska såväl som vårdrelaterade hierarkin.

En av respondenterna i föreliggande studie betonar explicit i ett par intervjuer sjuksköterskornas kompetens som en garant för en väl fungerande vård i livet slut. Detta kan tolkas som en medveten strategi för att skapa förtroende och legitimitet för verksamheten, speciellt med tanke på att personen ifråga uttrycker sig ganska kategoriskt. Att intervjuerna utförts inom ramen för en utvärdering av den palliativa vården inom Södra Älvsborg kan, som diskuterats i metodavsnittet, bidra till vissa respondenter blivit mer strategiska och politiskt korrekta än vad som varit fallet om intervjuerna utförts inom ramen för ett mer fristående forskningsprojekt.

### **Det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut***

De intervjuades åsikter om det lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livet slut* är huvudsakligen av positiv karaktär. Samtidigt pekar flera av cheferna på svårigheter att förankra policydokument av denna typ i det konkreta vårdarbetet hos den större personalgruppen. Man pekar på det faktum att många vårdprogram är omfattande vilket kan vara ett problem i vårt nutida informationstäta samhälle. Ingen av respondenterna uppger heller att det vid tidpunkten för intervjun utarbetats några lokala handlingsplaner eller andra typer av implementeringsaktiviteter, även om några respondenter uppger att det finns vissa icke specificerade planer på aktiviteter vid de studerade enheterna. Dessa ospecificerade planer har cheferna dock ingen konkret bild av vid intervjutillfället. Frågan är då om detta skall tas som intäkt för antagandet, som vi återfinner hos vissa uttolkare att den nyinstitutionella organisationsteorin, att policys av denna typ endast har en symbolisk funktion utan effekt på de konkreta arbetsprocesserna (Hasselblad m.fl. 2008:64). Det är inte med nödvändighet på detta vis. En uppföljning av föreliggande intervjustudie vid samma enheter - två år efter första intervjuomgången - ger vid handen att minst två av verksamheterna utformat lokala handlingsplaner (Sandman 2008). Detta indikerar att vissa implementeringsaktiviteter kan förekomma med en inte oansenlig fördröjning, något som kan vara viktigt att hålla i åtanke när utvärderingar av policys görs.

Något som redan tidigare tagits upp är att sjuksköterskornas professionella ambitioner kan tänkas underlätta institutionaliseringen av den palliativa vårdfilosofin, eftersom det finns stora likheter mellan denna vårdfilosofi och den vårdfilosofi som ligger till grund för sjuksköterskornas kunskapsdomän. Man ska också hålla i åtanke att själva processen i sig vid framtagandet av vårdprogram eller andra typer av policydokument kan ha vissa effekter på verksamheten exempelvis i form av lärande och samsyn (Socialstyrelsen 2006). Detta inte minst

med tanke på att olika professioner, ofta med förankring i den lokala verksamheten, är involverade i framtagandet av vårdprogram. På så sätt kan man säga att implementeringen redan tar sin början vid framtagandet av vårdprogrammet. Analysen av chefsintervjuerna i föreliggande studie ger också intrycket av att värderingarna i det lokala vårdprogrammet är ganska väl förankrade vid berörda enheter, åtminstone på chefsnivå. Samtidigt ska det framhållas att resultatet tyder på att det finns vissa brister beträffande samarbete och konsensus kring palliativ vård, något som även framkommit i tidigare forskning (Mörch m.fl. 2003). Detta är omständigheter som kan motverka en vårdpraktik som ligger i linje med de värderingar som återfinns i det lokala vårdprogrammet.

## Referenser

- Albinsson, L (2002) *A Palliative Approach to Dementia Care. Leadership and Organisation, Existential Issues and Family Support*. Akademisk avhandling. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1196, Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala.
- Beck-Friis, B & Strang, P (red) (1995, 1999) *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber.
- Björkemarken, M (1995) *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering – en fråga om perspektiv och förklaring*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Ellström, P-E & Nilsson, B (1997) *Kompetensutveckling i små- och medelstora företag. En studie av förutsättningar, strategier och effekter*. Linköping: IPP/CMTO.
- Erlingsdottir, G (1999) *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Akademisk avhandling. Företagsekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- Benzein, E (1999) *Traces of Hope*. Akademisk avhandling. Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet.
- Boleman, L G & Deal, T E (1997). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap. Kreativitet, val och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Bondas, T (2003) Caritative Leadership: Ministering to the Patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27 (3): 249-255.
- Dahlberg, K, Segesten, K, Nyström, M, Suserud, B-O & Fagerberg, I (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- DiMaggio, P J & Powell W W (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*. Vol 48, April: 147-160.
- Hasenfeld Y (edit) (1992) *Human Services as Complex Organizations*. Newbury Park: Sage.
- Hasselbladh, H & Bejerot, E (red) (2002) *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Stockholm: Academica Adacta.
- Hasselbladh, H, Bejerot, E & Gustafsson, R Å (2008) *Bortom New Public Management. Institutionella transformationer i svensk sjukvård*. Stockholm: Academica Adacta.
- Mörch, MM, Neuenschwander, H, Bruera E, Ripamonti C, Nunez-Olarte, J M, Maltoni, M, Nauck, F, Mazzocato, C, Mancini, I, Mercadente, S (1993) From Roots to Flowers: Challenges of Developing a Sustainable Palliative Care Program. *Journal of Palliative Care*, 19 (1): 58-62.
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindelöf, M & Rönnbäck, E (1997) *Behov, bedömning och beslut i äldreomsorgen. En studie i 27 kommuner kring handläggningsprocessen*. Stockholm: SoS-rapport 1997:8.
- Lindelöf, M & Rönnbäck, E (2004) *Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. Akademisk avhandling. Umeå universitet, institutionen för socialt arbete, nr 41, 2004.
- Lindgren, G (1999) *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.
- Lounsbury, M & Ventresca, M (2003) "The New Structuralism in Organizational Theory". *Organization* 10 (3): 457-480.
- Nilsson, K (2003) *Makt – mandat – management. En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. Akademisk avhandling. Göteborgs Studies in Educational Sciences 192. Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Patrana, T (2008) A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definition of palliative care. *Palliative medicin* 22: 222-232.
- Regeringens proposition 1996/97:60 *Vårdens svåra val*. Prioriteringsutredningen.
- Rasmussen, B (1999) *In pursuit of a meaningful living amidst dying: nursing practice in a hospice*. Akademisk avhandling. Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet.
- Repstad, P (1998) *Sociologiskt perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Robertsson Hörberg, C R (1997) *Lärares kunskapsutnyttjande i praktiken. Ett personligt och kontextuellt perspektiv på vardagskunskap och forskning*. Akademisk avhandling. Linköping Studies in Education and Psychology No 53, Linköping University.
- Rönnqvist, D (2001) *Kompetensutveckling i praktiken – ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. En studie av strategier för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården*. Akademisk avhandling. Linköping Studies in Education and Psychology No 81. Linköping University.
- Sahlberg Blom, E (2001) *Autonomi, beroende, livskvalitet. Livets sista månad för 56 cancerpatienter*. Akademisk avhandling. Uppsala universitet.
- Sandman, L (2001) *A Good Death on the Value of Death and Dying*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Sandman L & Woods S (2003) *God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter*. Studentlitteratur: Lund.
- Sandman L (2008) *Implementering av palliativt vårdprogram i livets slut. Slutrapport*. Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad.
- Seebrant, U (2000) *Organiserande och identitet. Om arbetsorganisation i geriatrisk vård*. Akademisk avhandling. Pedagogiska institutionen, Stockholm universitet.

- Socialstyrelsen (2004) *God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2006) *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Stockholm.
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val. Slutbetänkande*. Stockholm: Fritze.
- SOU 2001:6 *Döden angår oss alla. Värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Stolt, C-M (2003) *Medicinen och det mänskliga. Vårdkonst och vardagsetik. Humanism och Humaniora*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Strang, S (2002) *Spiritual/existential issues in palliative care: With special reference to patients with brain tumours and their spouses*. Akademisk avhandling, Institute of Selected Clinical Sciences, Department of Oncology, Göteborg University.
- Ternstedt, B-M (1998) *Livet pågår! Om vård av döende*. FoU 53 Vårdförbundet. FoU 1998:53.
- Trollestad, C (2000) *Etik & Organisationskultur. Att skapa en gemensam värdegrund*. Stockholm: Svenska förlaget.
- Vabö, M (2002) *Kvalitetsretorik i norska kommuner*. I Bejerot, E & Hasselblad H *Kvalitets utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Stockholm: Adacta.
- Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad (2004) *Palliativ vård i livets slut. Lokalt vårdprogram för patienter och närstående inom vårdsamverkan ReKo Sjuhärads område*.
- Weiss, C (1977) *Using Social Research in Public Policy Making*. Lexington, MA: D C Heath.
- Weiss, C (1979) The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*. Sept/Okt: 426-431.
- Wennman-Larsen, A & Tishelman, C (2002) Advanced home care for cancer patients at the end of life: qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, Sept 16 (3): 240-76.
- Wolmesjö, M (2005) *Ledningsfunktion i omvandling. Om förändringar av yrkesroller för första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappsomsorgen*. Akademisk avhandling. Lund Dissertations in Social Work 21. Lund university.
- Öhlén, J (2000) *Att vara i en fristad - berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård*. Akademisk avhandling. Institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs universitet.

## Intervjuguide

### *Vårdfilosofi, målformulering och vårdplanering*

1. Vilken innebörd lägger du i begreppet palliativ vård? Vilken innebörd tror du övrig personal lägger i detta begrepp? Är det någon skillnad mellan manlig och kvinnlig personal? Är det någon skillnad mellan olika yrkesgrupper (usk, ssk, läkare etc)?
2. Har ni någon (formell/informell) vårdfilosofi (gemensamma värderingar, förhållningssätt etc) när det gäller palliativ vård? Vilken är denna i så fall? Och hur ser du på din roll i detta sammanhang?
3. Finns det några (formella/informella) mål med den palliativa vården? Vilket/vilka är dessa i så fall? Och hur ser du på din roll i detta sammanhang?
4. Gör ni någon individuell vårdplanering när det gäller *vårdtagare som kommer ifråga för palliativ vård i livets slut*? Finns det några rutiner? Vad innehåller denna vårdplanering i så fall? Och på vilket sätt genomförs den? Är vårdtagaren delaktig? Är anhöriga delaktig? Om ja, på vilket sätt är de delaktiga? Hur ser du på din roll i detta sammanhang?

### *Symtomlindring och övriga vårdhandlingar*

5. Vilken innebörd lägger du i begreppet symtomlindring? Vilka symptomlindrande insatser eller åtgärder görs gentemot vårdtagare som kommer ifråga för palliativ vård i livets slut? Variationer? Hur ser du på din roll i detta sammanhang?
6. Vilka insatser eller åtgärder görs för övrigt gentemot denna grupp av vårdtagare (som du skulle vilja beskriva som palliativa men inte beteckna som symptomlindrande)? Variationer? Hur ser du på din roll i detta sammanhang?

### *Kommunikation, samarbete och samverkan*

7. Hur är den palliativa vården i livets slut organiserad (rutiner, arbetsformer etc)? Variationer? Vilken roll har du i detta sammanhang?

8. Hur bemöter ni vårdtagares och anhörigas psykiska lidande? Prioriteras dessa frågor? Vem tar hand om dessa frågor? Finns det några rutiner kring detta?
9. Hur bemöter ni de behov vårdtagare och anhöriga har när det gäller deras sociala liv? Vem tar hand om dessa frågor? Rutiner?
10. Hur bemöter ni vårdtagares och anhörigas existentiella lidande/behov? Prioriteras dessa frågor? Vem har hand om dessa frågor? Rutiner?
11. I vilken utsträckning låter ni vårdtagare som kommer ifråga för palliativ vård i livets slut vara med och påverka den egna vården (delaktighet/valfrihet)? Rutiner?
12. Får vårdtagare som kommer ifråga för palliativ vård i livets slut något stöd när det gäller egenvården? Rutiner? Är det någon skillnad mellan manliga och kvinnliga vårdtagare i detta avseende?
13. Hur bemöter ni personer med demenssjukdom? Hur bemöter ni personer med utvecklingsstörning? Rutiner?
14. I vilken utsträckning låter ni anhöriga vara med och påverka vården av vårdtagare som kommer ifråga för palliativ vård i livets slut (delaktighet/valfrihet)? Rutiner?
15. Får anhöriga något stöd för att vårda denna typ av vårdtagare? Rutiner?
16. Ges den anhöriga möjligheter att bearbeta händelser och känslor under sjukdomstiden? Efter dödfallet? Om så är fallet, på vilket sätt? Rutiner?
17. Förekommer det något samarbete (teamarbete/lagarbete) inom enheten när det gäller palliativ vård i livets slut? Om så är fallet, vad består detta samarbete i? Rutiner? Är det tvärprofessionellt? I vilken utsträckning är vårdtagaren delaktig i detta samarbete? I vilken utsträckning är anhöriga delaktiga? Hur tycker du att detta samarbete fungerar? Hur ser du på din roll i detta samarbete?
18. Hur samverkar enheten med andra enheter/vårdgivare etc. när det gäller palliativ vård i livets slut? Rutiner? I vilken utsträckning är vårdtagare delaktig i denna samverkan? I vilken utsträckning är de anhöriga delaktiga? Hur tycker du att detta samarbete fungerar? Hur ser du på din roll i detta samarbete?

## ***Vårdform***

19. Hur ser du på förutsättningarna att erbjuda en god palliativ vård i livets slut inom den vårdform som du ansvarar för (kompetens, tid, prioriteringar etc)? Hur ser du på dina egna förutsättningar som verksamhetsansvarig att ge dom anställda förutsättningar att bedriva en god palliativ vård i livets slut?

## ***Kompetens, stöd och handledning till personal***

20. Förkommer det någon kartläggning av anställdas kompetens när det gäller palliativ vård i livets slut? Hur genomförs denna i så fall?
21. Anser du att det är någon skillnad mellan manlig och kvinnlig personals kompetens när det gäller palliativ vård i livets slut?
22. Förekommer det någon kompetensutveckling bland de anställda när det gäller palliativ vård i livets slut? Vilken i så fall? Variationer mellan olika yrkesgrupper?
23. Förekommer det någon handledning till personal när det gäller palliativ vård i livets slut? Om så är fallet, hur är denna handledning utformad?
24. Försöker du stödja personalen när det gäller palliativ vård i livets slut? Om så är fallet, på vilket sätt? Är det någon skillnad mellan manlig och kvinnlig personals behov? Är det någon skillnad i behov mellan olika yrkesgrupper?
25. Känner du att din kompetens räcker till i dessa sammanhang? Om inte, vad är det du saknar?

## ***Kvalitetsuppföljning och kvalitetssäkring***

26. Använder ni er av någon medveten strategi för att upprätta kvaliteten på den palliativa vården i livets slut? Vilken är din roll i detta sammanhang?
27. I vilken utsträckning dokumenteras den palliativa vården som ges i livets slut? Utgår ni från någon specifik dokumentationsmodell? Vad är det som dokumenteras?

28. Förekommer det någon uppföljning/utvärdering av den palliativa vård som ges i livet slut? Om så är fallet, hur är denna uppföljning/utvärdering utformad? Utgår ni från någon specifik utvärderingsmodell? Hur använder ni er av uppföljnings-/utvärderingsresultaten?
29. Finns det några andra system/rutiner för att säkerställa kvaliteten på den palliativa vården som ges i livets slut? Om så är fallet, vilka är dessa system/rutiner?

### ***Vårdprogram***

30. Vad anser du om det palliativa vårdprogrammet lokala vårdprogrammet *Palliativ vård i livets slut*? Något du saknar? Finns det något område där ni vidtagit åtgärder som inte finns med?
31. Har det vidtagits några åtgärder (lokala handlingsplaner etc.) inom enheten som har att göra med detta vårdprogram?
32. Vad anser du om vårdprogram i allmänhet?
33. Är det någonting som du skulle vilja ta upp utöver det du sagt? I din roll som chef?

## Rapporter från Institutionen för pedagogik

1. Davidsson, B., Hägglund, S. & Kihlström, S. (1997/1999). *Projektet "Lära till lärare". Projektbeskrivning.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 1999.
2. Davidsson, B., Eriksson, A., Strömberg, M., Dovemark, M. & Hägglund, S. (1999). *Två blivande lärares reflektioner över mötet med lärarutbildningen. Projektet "Lära till lärare".*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 2, 1999.
3. Strömberg, M. (1999). *"Det finns gyllene dagar och stunder i lärarens arbete och det är dom som gör att man knogar på." Åtta lärares upplevelse av tillfredsställelse i arbetet.* Projektet "Lära till lärare".  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 3, 1999.
4. Eriksson, A., Davidsson, B. & Hägglund, S. (1999). *Iaktta – handla – reflektera. Blivande förskollärare om yrkeslärande före och efter verksamhetsförlagd utbildning. Projektet "Lära till lärare".*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 4, 1999.
5. Davidsson, B., Dovemark, M. & Hägglund, S. (1999). *Vem blir lärare och varför? Utgångspunkter för en studie med fokus på lärarstudenters socio-kulturella bakgrund och dess betydelse för högskolestudier och yrkesval. Projektet "Lära till lärare".*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 5, 1999.
6. Kärrby, G. (2000). *Svensk förskola – Pedagogisk kvalitet med socialpolitiska rötter.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 6, 2000.
7. Szklarski, A. (2000). *Konfliktupplevelsens väsen. En empirisk-fenomenologisk studie bland ungdomar i två länder.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 7, 2000.

8. Davidsson, B. (2000). *Samling – en symbol för integration mellan förskola och grundskola?*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 8, 2000.
9. Oudhuis, M. (2000). *Gunvors-projektet – En utvärdering av ett samarbetsprojekt mellan Gunnareds sjukhem, SAFs regionkontor och Volvo Lastvagnar.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 9, 2000.
10. Riestola, P. (2000). *Växtkraft Mål 4 – för långsiktig målmedvetenhet?*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 10, 2000.
11. Strömberg, M. (2001). *Från yrkesmotiv till yrkesmotivation. Blivande lärares yrkesvalsmotiv som grund för socialisation in i yrket.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 11, 2001.
12. Eriksson, A. (2001). *Yrkeslärande ur ett dagboksperspektiv. En studie av blivande lärares dagboksskrivande och yrkeslärande under praktiken.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 12, 2001.
13. Holm, A-S. (2001). *Vem söker sig till lärarutbildningen och varför? – en studie av blivande förskollärare och grundskollärare vid Högskolan i Borås.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 13, 2001.
14. Holm, A-S. (2001). *Blivande förskollärares och grundskollärares syn på den integrerade lärarutbildningen vid Högskolan i Borås.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 14, 2001.
15. Szklarski, A. (2002). *Den kvalitativa metodens mångfald. Skilda ansatser - skilda tolkningsintentioner.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 15, 2002.

16. Fransson, A. (2002). *Nya villkor för lärandet i den högre utbildningen - om utmaningar för högskolans pedagogik.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 16, 2002.
17. Andersson, E. (2002). *Varför skriva yrkesdagbok!*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 17, 2002.
1. Björkdahl Ordell, S. (2003). *Räkna med textil.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 2003.
1. Björkdahl Ordell, S. & Kärrby, G. (2006). *Slöjdcirkus att iscensätta ett estetiskt lärande.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 2006.
1. Bartley, K. (2008). *Barnpolitik och samhällelig styrning. En studie av barns rättigheter i Costa Rica.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 2008.
2. Zimmerman, F. (2008). *Den svårföränderliga killkoden. En intervjustudie med fyra före detta mobbade unga män om mansrollen.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 2, 2008.
3. Zimmerman, F. & Rolandsson, B. (2008). *Om medborgaren själv får välja. En kvalitativ studie om olika medborgargrupperns förväntningar och farhågor kring e-demokrati.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 3, 2008.
4. Dovemark, M. (2008). *En skola – skilda världar. Segregering på valfrihetens grund – om kreativitet och performativitet i den svenska grundskolan.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 4, 2008.

1. Bartley, K., Dimenäs, J. & Hallnäs, H. (2009). *Studentinflytande och makt. En studie av studentinflytande i relation till styrning, verksamhet och utvärdering ur lärarens perspektiv.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 2009.
2. Carlén, M., Beach, D. & Johansson K. (2009). *Nya normer av samverkan – i vems intresse? En studie av utbildning, strategier och viljan att förändra i byggbranschen.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 2, 2009.
3. Tholin, J., & Lindqvist, AK. (2009). *Språkval svenska/engelska på grundskolan – en genomlysning.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 3, 2009.
4. Jensen, M. (2009). *När frågan är svaret. En filosofisk-pedagogisk undersökning om att arbeta enligt Frågebaserat lärande.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 4, 2009.
1. Theandersson, C. (2010). *”De lever tills den dagen de dör”. Vård i livets slut – en studie av första linjens chefer.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 2010.

## Projektrapporter från Institutionen för pedagogik

### Centrum för arbetsvetenskap

1. Oudhuis, M. (2003). *AiS - Arbetsvetenskap i Sjuhärad. Nätverk för forskning och utveckling av arbete i Sjuhärad*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 1, 2003.

## Projektrapporter från Institutionen för pedagogik

### Lära till lärare

1. Eriksson, A. (2003). *Samhällsuppdraget, yrkesutövandet och vetenskaplig-görandet*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 1, 2003.
  2. Davidsson, B., Holm, A-S., Reis, M., Kärrby, G. & Hägglund, S. (2003). *Barn i integrerade skolverksamheter*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 2, 2003.
  3. Strömberg, M. (2003). *Föreställningar om integration av pedagogiska traditioner inom en lärarutbildning*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 3, 2003.
- 
1. Davidsson, B. (2004). *Fysiska och sociala villkor i integrerade klassrum. Beskrivning av ett forskningsprojekt*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 1, 2004.
- 
1. Thörner, A. (2007). *Att vara sex år och gå i förskoleklass*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 1, 2007.
  2. Tyrén, L. (2007). *Pedagogen, datorn och elevers informationssökning - perspektiv på IKT-användning i yngre skolbarns klassrum*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Rapport nr 2, 2007.

## Projektrapporter från Institutionen för pedagogik

### Yrkesdagbok – mentorskap - reflektion

1. Kihlström, S., Andersson, E., Davidsson, B. & Arvidsson, I. (2006). *Yrkesdagbok – reflektion – mentorskap. Tre redskap i lärarutbildningen.* (Projektbeskrivning)  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 1, 2006.
  2. Arvidsson, I. (2006). *Utvärdering av mentorsgruppsverksamheten inom lärarutbildningen vid Högskolan i Borås.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 2, 2006.
  3. Kihlström, S. (2006). *Om att skriva yrkesdagbok och att reflektera. Studenter perspektiv.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 3, 2006.
- 
1. Andersson, E. (2007). *Reflektion gör sig icke självt.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 1, 2007.
  2. Kihlström, S., Andersson, E., Davidsson, B., Larsson, I. & Arvidsson, I. (2007). *Om att använda yrkesdagbok, reflektion och mentorskap i lärarutbildningen.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projektrapport nr 2, 2007.
  3. Kihlström, S., Andersson, E., Davidsson, B., Larsson, I. & Arvidsson, I. (2007). *Using Diaries, Reflection and Mentorship in Teacher Training.*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Projectreport nr 3, 2007.

## Rapporter från Pedagogiskt centrum

1. Lönn, A. (1999). *Pedagogisk handledning vid högskola. En studie av pedagogisk handledning vid Sektionen för Väg- och Vattenbyggnad Chalmers Tekniska Högskola.*  
Högskolan i Borås, Pedagogiskt centrum.  
Rapport nr 1, 1999.
2. Lönn, A. (2000). *Vad förväntas av/väntar handledare och studenter? En enkätstudie om handledares och studenters förväntningar på varandra inför examensarbetet, om deras förväntningar uppfyllts, samt deras beskrivningar av handledningens förlopp.*  
Högskolan i Borås, Pedagogiskt centrum.  
Rapport nr 2, 2000.

Från och med 2001-01-01 övergår Pedagogiskt centrum till en egen enhet: Centrum för lärande och undervisning.

## Skrifter från Institutionen för pedagogik

1. Davidsson, B. (1999). *"Vi vill mer än vi ibland klarar."* Om samarbete mellan förskollärare, grundskollärare och fritidspedagoger. Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 1, 1999.
2. Eriksson, A. & Haverlind, A. (2000). *"Dä kommer luft inne mä"*. En etnografisk studie av förskolebarns lärande inom naturvetenskap, miljö och teknik. Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 2, 2000.
3. Jenslov, T. (2000). *Hur arbetar förskollärare med bråkiga barn?* Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 3, 2000.
4. Karlsson, H. & Wademyr, P. (2000). *Lära för livet. Förskollärares uppfattningar om barns lärande.* Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 4, 2000.
5. Holm, A-S. (2000). *Hobergskolan. Beskrivning och utvärdering av ett skolprojekt i Vårgårda kommun.* Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 5, 2000.
6. Davidsson, B. & Boglind, A. (2000). *Att skriva yrkesdagbok. En möjlighet för den reflekterande pedagogen.* Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 6, 2000.
7. Davidsson, B. (2002). *Föreställning om kön som idé, innehåll och arbetsformer i förskolans och skolans läroplaner 1980 – 1998.* Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik. Skrift nr 7, 2002.

8. Lategan, S. (2002). *Three Dimensions of Professional Development - A Qualitative Study of Professional Development among Distance Educators*  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 8, 2002.
9. Lategan, S. (2002). *Mentoring in Swedish Teacher Education*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 9, 2002.
10. Lategan, S. (2002). *Reflections on Activity*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 10, 2002.
11. Flobrant, D. (2002). *Skolelevers arbetsmiljö sett ur ett hälsoperspektiv*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 11, 2002.
1. Bartomeus, G. (2003). *The role of cognitive styles in e-learning: A discussion of literature*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 1, 2003.
1. Boglind, A., Persson, E., Tholin, J., Sjöholm, E. & Ferlin, M. (2004). *Tankar kring ämnesdidaktikens mål, mening och metaforer*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 1, 2004.
1. Persson, S. (2005) *Min syn på och erfarenheter av mentorskap*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 1, 2005.
1. Hulthén, U. (2006). *Lässtuga. Beskrivning av ett utvecklingsarbete*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 1, 2006.
2. Dimenäs, J., Björkdahl Ordell, S., Davidsson, B., Dovemark, M., Eriksson, A., Holm, A-S., Jonsson, A-C., Karlsson, R., Kihlström, S. & Malmqvist, J. (2006). *Lära till lärare*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 2, 2006.

3. Andersson, E. & Larsson, I. (2006). *Mentorshandbok*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 3, 2006.
  
1. Zimmerman, F., Rolandsson, B., Oudhuis, M., Riestola, P., Theandersson, C., Bartley, K. & Puaca, G. (2007). *Perspektiv på demokrati. En vänbok till Hans Lindfors*.  
Högskolan i Borås, Institutionen för pedagogik.  
Skrift nr 1, 2007.

## Skrifter om skolutveckling

1. Dovemark, M., Sörensson, K. & Appelqvist, R. (1999). *Den framtida lärrollen – Flexibel organisation och arbetsformer. Ett arbetslagsutvecklingsprojekt.*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 1, 1999.
2. Hermansson Adler, M. & Larsson, P. (1999). *Piloter för lokal skolutveckling. Ett projekt till stöd för kompetensutveckling av skolans personal*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 2, 1999.
3. Lönn, A. (1999). *Uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring. Rapport om ett utvecklingsprojekt.*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 3, 1999.
4. Brorman, A. (1999). *Möjligheternas möte? Rapport om ett utvecklingsprojekt. En förändrad lärarroll – arbetslagets praktiska vardagsarbete med fokus på barns läs- och skrivutveckling och tematisk undervisning.*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 4, 1999.
1. Swärdh, C. (2004). *Effektutvärdering av Specialpedagogisk kompetensutveckling i Borås Stad.*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 1, 2004.
2. Brorman, A. (2004). *Aktionslärande.*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 2, 2004.
1. Heikkilä, B. (2005). *Jag trodde inte att det var så mycket runt omkring. En studie om nya lärares arbetssituation.*  
Högskolan i Borås, Centrum för skolutveckling.  
Skrift nr 1, 2005.