



HANDELSHÖGSKOLAN
I STOCKHOLM
STOCKHOLM SCHOOL OF ECONOMICS

Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården

Rapport i serien Forskning i Fickformat

Forskning i Fickformat är ett samarbete mellan EFI vid Handelshögskolan i Stockholm och
Öhrlings PricewaterhouseCoopers

Kalle Kraus

Handelshögskolan i Stockholm

E-mail: kalle.kraus@hhs.se

1 INLEDNING	2
1.1 SVEN ÄR BEROENDE AV TVÅ ORGANISATIONER	3
1.2 SVEN ÄR BEROENDE AV SAMARBETE MELLAN VÅRDCENTRALEN OCH HEMTJÄNSTENHETEN	4
2 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	8
2.1 ADMINISTRATIV OCH PROFESSIONELL STYRNING	8
3 ETT NEDSLAG I DEN SVENSKA ÄLDREVÅRDEN	12
3.1 FOKUS PÅ BUDGET I BALANS I BÅDA STADSDELARNA – INTERN ADMINISTRATIV STYRNING I HEMTJÄNSTEN	12
3.2 PENSIONÄRERNAS BEHOV BÖR SÄTTAS I FÖRSTA RUM – INTERN PROFESSIONELL STYRNING I HEMTJÄNSTEN	13
3.3 OMÖJLIGT ATT FÖLJA BISTÅNDSBESLUTEN OCH SAMTIDIGT VARA FLEXIBEL FÖR OFÖRUTSEDDA SITUATIONER – INTERNT VÅRDUTFÖRANDE I HEMTJÄNSTEN	14
3.4 AVSAKNAD AV STRUKTUR OCH RIKTLINJER FÖR SAMARBETE – GEMENSAM ADMINISTRATIV STYRNING I STADSDEL 1	15
3.5 FOKUS PÅ DEN EGNA ORGANISATIONEN OCH INTE PÅ SAMARBETE – GEMENSAM PROFESSIONELL STYRNING I STADSDEL 1	16
3.6 DÅLIGT SAMARBETE – GEMENSAMT VÅRDUTFÖRANDE I STADSDEL 1	16
3.7 CHEFER SOM BETONAR VIKTEN AV SAMARBETE – GEMENSAM ADMINISTRATIV STYRNING I STADSDEL 2	18
3.8 VIKTIGT ATT SAMARBETET FUNGERAR – GEMENSAM PROFESSIONELL STYRNING I STADSDEL 2	20
3.9 VÄL FUNGERANDE SAMARBETE – GEMENSAMT VÅRDUTFÖRANDE I STADSDEL 2	21
4. ANALYS	24
4.1 STANDARDISERING OCH PRODUKTIFIERING VS FLEXIBILITET I UTFÖRANDET – SPÄNNING MELLAN ADMINISTRATIV OCH PROFESSIONELL STYRNING	24
4.2 TEKNISKA OCH PERSONLIGA HEMTJÄNSTINSATSER – VAD ÄR DET EGENTLIGEN?	27
4.3 STYRNINGEN ÄR NYCKELN TILL ETT LYCKAT SAMARBETE MELLAN HEMTJÄNST OCH HEMSJUKVÅRD	29
5. AVSLUTANDE REFLEKTIONER OCH SAMMANFATTNING	38
6. REFERENSER	42

1 Inledning

Känner du pensionären Sven, 75 år? Sven är lite skröplig och behöver därför hjälp av det offentliga för att kunna bo kvar i sitt hem. Hjälpen får han i form av hemtjänst och hemsjukvård, finansierat med offentliga medel.

I denna korta beskrivning tornar ett grundläggande styrproblem fram: Sven (och alla andra brukare av offentliga tjänster) behöver hjälp och det får inte kosta för mycket pengar (då samhället karaktäriseras av resursknapphet och en stor mängd alternativa användningsområden för skattepengarna). Det handlar om utförandet av tjänster och dess relation till finansiell knapphet. Detta styrproblem kan appliceras på de flesta offentliga verksamheter, exempelvis skola, psykiatri och polisen. Styrproblemet finns där oavsett om det är privata eller offentliga enheter som utför tjänsterna. Styrning och organisering inom ”det offentliga” handlar om att försöka hantera detta grundläggande styrproblem på ett så effektivt sätt som möjligt.

Syftet med denna rapport är att bidra till den ständigt pågående debatten om detta grundläggande styrproblem. Basen för diskussionen är en omfattande empirisk studie av äldrevården som utfördes inom ramen för mitt akademiska avhandlingsarbete vid institutionen för redovisning och rättsvetenskap, Handelshögskolan i Stockholm.¹ Studien bygger på intervjuer med 78 personer samt användning av interna och externa dokument. Jag intervjuade en mängd olika yrkeskategorier kopplade till äldrevården: controllers, ekonomichefer, biståndsbedömare, chefer för hemtjänstenheter (både privata och offentliga), vårdbiträden, vårdcentralschefer, distriktssköterskor samt undersköterskor.

Låt mig först inleda med två illustrerande fall med pensionären Sven som huvudperson. Fallen bygger på beskrivningar från de intervjuer jag genomfört och olika historier har vävts samman till det de två fall som redovisas här.

¹ Kraus, 2007; ”Sven, inter-organisational relationships and control – a case study of domestic care of the elderly”.

1.1 Sven är beroende av två organisationer

Pensionären Sven är 75 år och bor i en egen lägenhet. Tidigare har han klarat sig bra själv men med åren har han blivit sämre och behöver hjälp med personlig hygien, matlagning och tvätt. Dessa insatser kategoriseras som hemtjänst och ligger under kommunens ansvar. Sven träffar en biståndsbedömare som i samråd med Sven bestämmer vilken hjälp Sven behöver. Det bestäms att Sven ska få hjälp med tvättning, städning och matlagning och detta skrivs ner på ett biståndsbeslut. Ett vårdbiträde från en hemtjänstenhet i Svens område besöker honom och ger honom hjälp.

Sven är glömsk och behöver också hjälp med medicinering flera gånger i veckan. Denna typ av vård är en hälso- och sjukvårdsinsats och ligger under landstingets ansvar och därför är Sven inskriven i hemsjukvården som sköts av en vårdcentral i närheten. En undersköterska från vårdcentralen kommer hem till Sven och ger honom medicinen. För att Sven ska kunna bo kvar i sin lägenhet är det nödvändigt att han får hjälp både med hemtjänst av kommunen och hälso- och sjukvård av landstinget. Från Svens perspektiv är inte uppdelningen mellan kommun och landsting viktigt, för honom handlar det om en total vårdupplevelse som inkluderar båda typerna av vård och han vill ha så bra kvalitet på vården som möjligt.

Låt oss nu introducera Petter och Karin. Petter är vårdbiträde och gör sitt bästa för att hjälpa Sven och de andra pensionärerna. Han beskriver att det är många saker att ta i beaktan när han utför sitt jobb. Dels finns biståndsbeslutet där det står vad varje pensionär ska få hjälp med, dels har pensionärernas humör och hälsa för stunden stor betydelse för hur Petter kan arbeta i pensionärernas hem. Sköterskan Karin från vårdcentralen håller med om att pensionärernas humör för stunden är viktigt när hon utför sina hälso- och sjukvårdssysslor. Både Petter och Karin tänker ofta med stolthet på att deras insatser har stor betydelse för pensionärerna. De känner dock att de måste skynda sig mer och mer då pengarna inte verkar räcka till.

Slutligen har vi Lisa och Nils. Lisa är chef för vårdcentralen som hjälper Sven och Nils är chef för den kommunala hemtjänstenhet som hjälper Sven. Både Lisa och Nils känner hårda krav på att ha en budget i balans och de kan inte ge Sven och andra mer vård än de får pengar för. Målen för bådats verksamheter är således att ge Sven och andra bästa möjliga vård givet de finansiella resurserna som står till förfogande. Både Lisa och Nils arbetar hårt med att styra sina enheter i termer av att ha motiverad personal, fungerande scheman, effektiv organisation,

se till att vården håller bra kvalitet och ha en överblick över ekonomin. Kvalitet i vården är svårt att mäta så båda känner att de utvärderas mycket baserat på huruvida de håller sin budget eller inte och de tycker att de blir allt svårare att klara budget.

Sammanfattningsvis kan konstateras att vi har två olika specialiserade enheter som var för sig gör en del av det som blir Svens totala vårdupplevelse. Lisas och Nils enheter har sina egna mål och egna budgetar att hålla. Det blir således viktigt för Sven hur vårdcentralen och hemtjänstenheten styrs och var för sig utför sina respektive uppgifter i vården av honom. Men när vi diskuterar Svens totala vårdupplevelse så finns det fler aspekter. Låt oss fortsätta.

1.2 Sven är beroende av samarbete mellan vårdcentralen och hemtjänstenheten

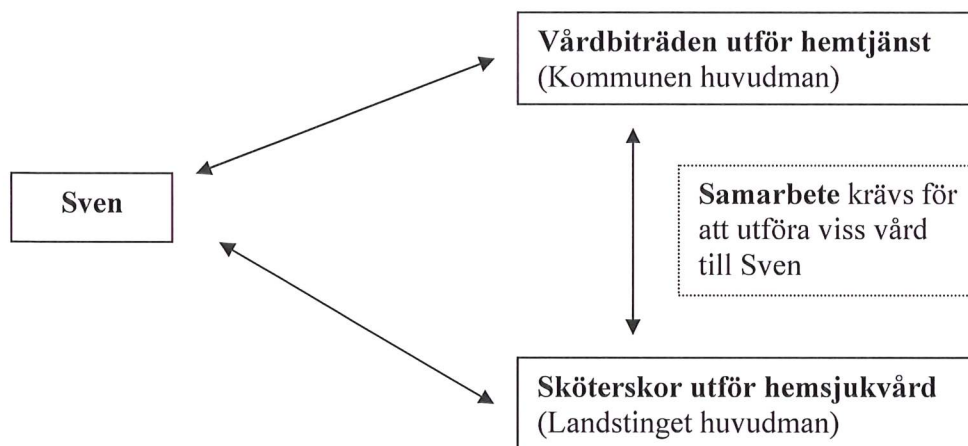
Sven har fått ett sår på benet som behöver läggas om flera gånger i veckan. Före omläggningen måste Sven duschas. Eftersom sköterskan Karin från vårdcentralen lägger om såret (hälso- och sjukvård) och vårdbiträde Petter från hemtjänstenheten duschar Sven (hemtjänst) så måste de två enheterna koordinera sina respektive scheman och komma överens om gemensam tid, det vill säga samarbeta. Det bestäms också att Petter ska ge medicin från en av vårdcentralen preparerad dosett när han utför hemtjänsten. Karin skriver en delegering och utbildar Petter i medicingivning. I och med detta slipper Karins undersköterskekollega åka till Sven bara för att ge medicin.

Sven blir allt sämre. Han har nu reumatiska besvär och vill inte äta, han går alltmer ostadigt och har svårt att svälja. Hemtjänstinsatserna har ökat både i frekvens och omfattning och han behöver nu hjälp med personlig hygien, mat, städning, tvätt och att ta sig ur och i sängen. Petter och de andra vårdbiträdena är oroliga för Sven och då många av dem inte har någon medicinsk utbildning ringer de ofta till Karin för att få hjälp och råd. Karin besöker Sven men ser att det är symptom på att han blir äldre och kommunicerar det till vårdbiträdena. Petter och hans kollegor är dock inte nöjda och blir mer och mer ängsliga och när Sven blir än sämre ger vårdbiträdena honom mycket saftsoppor, kakor och choklad som han önskar. Trots detta äter Sven dåligt och blir allt sämre. Hemtjänstpersonalen ringer upprepade gånger till Karin för att påtala det försämrade tillståndet men får inte tag på henne. När Karin väl ringer tillbaka har ansvarigt vårdbiträde gått på semester. Till slut får de tag på varandra och vårdbiträdena får reda på att det nog är symptom på att Sven får insulin eftersom han fick diagnosen diabetes

för två veckor sedan. Detta visste inte hemtjänstpersonalen i och med att de inte fått tag på Karin och Karin kunde inte rapportera det då hon inte fått tag på ansvarigt vårdbiträde.

I detta fall ser vi en annan aspekt av Svens totala vårdupplevelse. Det handlar inte bara om hur de två enheterna utför vården var för sig; det finns även beroenden mellan enheterna. Vårdcentralen och hemtjänstenheten måste koordinera insatser och samarbeta för att ge Sven den hjälp han behöver och de behöver utbyta information om Svens tillstånd. För Petter, Karin, Lisa och Nils ger detta en ytterligare dimension, de har inte bara vertikala krav uppifrån att hålla budget, det finns också horisontella krav i form av samarbeten. Från Svens perspektiv är hans totala vårdupplevelse beroende av a) hur varje involverad enhet utför den vård de är ansvariga för var för sig, b) hur väl enheterna samarbetar vid de vårdinsatser som kräver samarbete.

De involverade enheterna och de ansvariga offentliga huvudmännen som betalar för vården av Sven illustreras i nedanstående figur². Hemtjänsten utförs av både privata och offentliga enheter där pensionären väljer utförare. Hemsjukvården utförs av privata och offentliga vårdcentraler och pensionären listas på den vårdcentral som ligger närmast bostaden.



Figur 1.1 Involverade enheter i vården av Sven

Utifrån figur 1 ser vi hur det generella styrproblemet – med brukare som behöver hjälp och den samhälleliga resursknappheten – försöker balanseras i äldrevården. Flera grundläggande frågor kan formuleras baserat på Sven-fallen. Hur tar sig styrning uttryck i den privata och

² Det finns även andra enheter som också ibland ingår i vårdkedjan. Det kan vara akutsjukhus, psykiatri och SAH.

intima situation som uppstår i pensionärernas hem och vad är det som influerar vårdbiträdernas beteende där? Hur ser relationen ut mellan styrningen och vårdutförandet? Vi kan konstatera att utförandet av äldrevård har specialiserats så att en enhet utför hemtjänst och en annan äldrevård. Utförandet har dock inneboende beroenden och samarbete mellan de specialiserade enheterna blir nödvändigt. Hur fungerar samarbetet? Finns det gemensam styrning som syftar till att få hemtjänsten och hemsjukvården att samarbeta?

Den ovan beskrivna utvecklingen i äldrevården mappar väl mot den generella debatt som har förts och fortfarande förs om de offentligfinansierade verksamheterna. Under 1980- och 1990-talet skedde stora förändringar i den offentliga sektorn. Det handlade till stor del om organisationsförändringar och termen New Public Management myntades³. Förändringarna har främst handlat om decentralisering av verksamheter och olika former av marknadsefterlikning, ofta med det privata näringslivet som mall⁴. Enheter har, som illustrerats ovan i äldrevården, minskats i storlek med tydliga ansvarsområden och med chefer som har eget budgetansvar. Inom äldreomsorgen har specialiseringen lett till beställare och utförare med skilda budgetar, utförarenheter som separata resultatenheter och privata hemtjänstutförare som pensionären kan välja⁵. Det har också blivit större fokus på besparingar och budget i balans. Målen med förändringarna var att göra de offentliga verksamheterna mer effektiva och få mer för skattepengarna.

Under 2000-talet har dock en annan sida av förändringarna uppmärksammats. De alltmer tydligt avgränsade och specialiserade enheterna som uppkommit har en mängd inbördes beroenden i utförandet av tjänsterna. De olika enheterna, ofta med olika huvudmän, är bara en del av det totala pussel som vi som använder de offentliga tjänsterna behöver. Det finns därmed ett stort behov av väl fungerande samarbeten mellan enheterna för att användarna ska få en bra kvalitet på tjänsterna och inte "ramla mellan stolarna". Exempel finns inom olika delar av den offentliga sektorn, inom psykiatrin involveras en mängd olika enheter som stöd till den som behöver hjälp, under tsunamikatastrofen fanns det ett stort behov av bättre samarbete mellan olika företag och myndigheter, inom äldrevården ska kommun och landsting koordinera insatser. Många menar att samarbeten mellan de olika utförarna har

³ Hood 1995

⁴ Hood 1991

⁵ Johansson & Borell 1999, Charpentier 2004

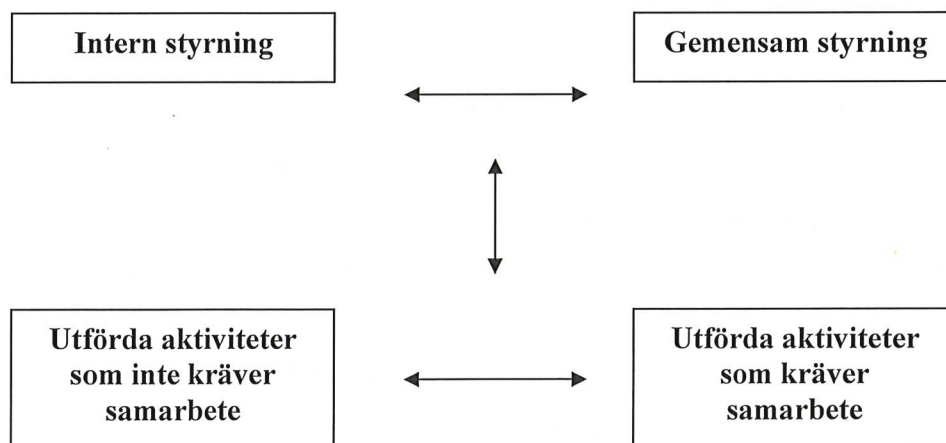
försvårats av de förändringar som skett i och med att de nu så specialiserade enheterna fokuserar på egna interna mål och att klara sin egen budget istället för att se till helheten.

Med detta som utgångspunkt är det lätt att förstå debatten under de senare åren där samarbetsfrågor ofta sätts i fokus. Inom de flesta delar av den offentliga sektorn höjs röster om behovet av bättre samarbeten mellan de olika offentliga organisationerna för att nå effektivare offentliga verksamheter och högre kvalitet på tjänsterna⁶. De flesta enheter har nått smärtgränsen för besparingar internt och därför ses effektivare samarbeten som nästa steg mot bättre resursutnyttjande i offentlig sektor. Mot bakgrund av denna utveckling kan studiens övergripande syfte preciseras till att öka kunskapen om hur styrningen påverkar utförandet av offentligfinansierade tjänster när dessa tjänster involverar samarbeten mellan organisationer.

⁶ Boyne et al 2001, Deakin 2002

2 Teoretiska utgångspunkter

Genom de två fallbeskrivningarna i inledningskapitlet ser vi att äldrevården involverar professionella grupper från olika organisationer som utför vården för Sven, ofta i interaktion med honom. Med detta som utgångspunkt blir det viktigt att diskutera styrning i relation till de vårdbiträden, undersköterskor och distriktsköterskor som utför vården av Sven. Hur utförs vården och hur tas finansiell knapphet i beaktan? Samspelet mellan styrning och de utförda tjänsterna hos pensionären är viktigt. En viktig teoretisk utgångspunkt för mig är därför att en diskussion av styrning ska vara grundad i en diskussion av hur själva vården utförs och hur de båda dimensionerna influerar varandra.⁷ I och med att äldrevården involverar olika organisationer så kan styrning och vårdutförandet delas upp enligt nedanstående figur. Vi har både interna och inter-organisatoriska (gemensamma för de båda organisationerna) styrsystem och vi har både vårdaktiviteter som enheterna utför var för sig och vårdaktiviteter som kräver samarbete mellan enheterna. De båda enheternas egna roller såväl som samarbetet dem emellan är viktiga aspekter i studien.



Figur 2.1 Studiens utgångspunkt: att studera relationen mellan styrning och de aktiviteter som utförs

2.1 Administrativ och professionell styrning

Denna studie fokuserar på de styrimpulser som guidar beteendet hos vårdbiträdena när de utför vård i pensionärernas hem. Men hur kan styrning förstås mer specifikt? Vad ligger bakom orden intern styrning och gemensam styrning i figur 2.1? För att besvara detta är det dags att återvända till de inledande fallbeskrivningarna om Sven. Beskrivningen av hur

⁷ Se exempelvis Hopwood, 1983; Östman, 1993; Lind, 1996, Östman 2006.

vårdbiträden och sköterskor utför tjänster i Svens hem, ofta i interaktion med Sven, skiljer sig mycket från exempelvis en produktionsprocess i en fabrik. Petter är i Svens privata sfär och han hamnar ofta i oväntade situationer, när exempelvis Sven är sjuk och spyr. Denna speciella situation har betydelse för hur vi ska conceptualisera styrning. Det kan antas att de är olika typer av styrimpulser som påverkar Petters beteende.

Dels finns det ett antal impulser från Petters överordnade som påverkar Petter. I de inledande beskrivningarna såg vi biståndsbeslut och delegering som två styrmekanismer från Petters överordnade. Dessa styrmekanismer kallas administrativa styrimpulser⁸ och definieras som de sätt på vilka chefer försöker influera beteendet hos sina medarbetare. Men vi kan också anta att Petter påverkas av sina kollegor och sköterskorna när han utför vården i Svens hem. Livet handlar inte bara om att någon överordnad säger till dig vad du ska göra, Petter har personliga åsikter och det finns grupstryck som påverkar beteendet. Dessa styrmekanismer kallas professionella styrimpulser⁹ och definieras som influenser från de personer individen arbetar tillsammans med samt de personliga motiv och attityder som den individuella personen har i sitt yrkesutövande.

Dessa båda olika styrimpulser kan influera beteendet i samma riktning, men de kan också gå i helt motsatt riktning. Det blir därför viktigt att analytiskt särskilja administrativa styrimpulser från professionella styrimpulser. Styrning ses därmed som en kombination av administrativa och professionella influenser som syftar till att påverka beteendet hos vårdbiträdena. Denna syn på styrning skiljer sig från en stor del av den litteratur som finns på området. Kända styrramverk av exempelvis Ouchi (1979) och Merchant (1985) har exempelvis en tydlig chefsfokus, det vill säga fokuserar enbart på administrativ styrning.

Intern administrativ styrning

Interna administrativa styrimpulser kan ta sig många olika uttryck. Chefer kan införa beteendeinriktade styrmekanismer i form av regler, policydokument och riktlinjer och sedan övervaka om dessa följs.¹⁰ Cheferna kan också koncentrera sig på konsekvenserna av beteendet, istället för beteendet som sådant, och då använda resultatnriktade styrmekanismer, såsom budget och andra prestationsmått. Det finns också andra mindre uppenbara sätt för

⁸ Abernethy & Stoelwinder, 1995

⁹ Abernethy & Stoelwinder, 1995

¹⁰ Abernethy & Chua, 1996

chefer att influera beteendet hos sina medarbetare. Det kan handla om administrativa styrmekanismer såsom utbildningar och möten som cheferna initierar för att påverka medarbetarnas värderingar.

Redovisningsmått är ofta basen för många administrativa styrmedel och betydelsen av dessa har ökat över tiden i den offentliga sektorn. Olson et al (1998) beskriver exempelvis att en viktig dimension av NPM-reformerna är den långa lista av redovisningsbaserade tekniker som cheferna ska använda i styrningen. I Sverige inrättades resultatenheter i offentlig-finansierade verksamheter för att kunna mäta och utvärdera enheter baserat på redovisningsmått.¹¹

Tidigare forskning betonar ofta svårigheterna med att använda administrativa styrmekanismer i hälso- och sjukvårdsorganisationer.¹² Det är svårt att mäta resultaten av det som utförs och de anställda arbetar hårt för att behålla sin professionella självständighet.

Gemensam administrativ styrning

I forskningen kring samarbeten mellan organisationer framhävs betydelsen av gemensamma administrativa styrmekanismer för väl fungerande samarbetsrelationer. Det råder enighet om att chefer ska använda sig av en palett av administrativa styrtekniker.¹³ Dekker (2004) studerar ett samarbete mellan två organisationer i transportbranschen och beskriver hur cheferna använder sig av scheman och kvalitetsplaner för att beskriva de metoder som ska följas av de båda organisationernas medarbetare. Cheferna har också delat beslutsfattande och en samarbetskommitté med två medlemmar från vardera organisationen. Kommittén tar fram en strategi för samarbetet och årliga mål för kostnadsreduktion. Langfield-Smith & Smith (2003) betonar behovet av möten mellan medarbetare på alla nivåer i de samarbetande organisationerna. Gemensamma möten ger möjlighet till att diskutera positiva och negativa upplevelser av samarbetet och kan därmed utgöra grunden för framtida förbättringsförslag

Intern professionell styrning

En viktig influens på beteendet är det gruppsyck som ofta uppstår mellan kollegor som arbetar nära ihop. Denna typ av styrning utvecklas via det dagliga utförandet och manifesteras exempelvis i diskussioner ”kollegor emellan”. Det kan utvecklas informella riktlinjer för hur

¹¹ Olson & Sahlin-Andersson, 2005

¹² Llewellyn, 1998b

¹³ Kraus & Lind, 2007

man ska bete sig, ofta utan chefers vetskap. I äldrevården utförs dessutom vården i pensionärernas hem där inte cheferna kan se vad som händer och de informella normerna för hur man ska bete sig bland exempelvis vårdbiträden kan få en starkt styrande effekt. Llewellyn (1998 a) visar att de som utför tjänster inom socialtjänsten ofta har brukarna som huvudsaklig fokus istället för ekonomin för den enhet som de arbetar för.

En annan del av den professionella styrningen är de anställdas egna värderingar och attityder till sitt yrkesutförande. Denna typ av styrmekanism har att göra med den anställdes integritet och approach till sitt professionella liv. I och med att vårdbiträden utför en stor del av vården på pensionären och i dennes hem så uppstår ofta ett känslomässigt band mellan utföraren och brukaren. Vårdbiträdet är beroende av pensionärens medverkan och det kan antas att de därför ofta lyssnar på sin magkänsla för vad som är rätt att göra i den specifika situationen. Denna magkänsla kan innebära ett beteende som går helt i motsatt riktning mot vad cheferna tycker.

Gemensam professionell styrning

I utförandet av vården för Sven så träffas olika professionella grupper i hans hem. Vårdbiträden möter undersköterskor och distriktsköterskor och det kan antas att informella normer utvecklas för hur de olika grupperna ska relatera till varandra. Tidigare forskning har visat att det är en skillnad i status och åsikter mellan vårdbiträden och sköterskor i äldrevården. Distriktsköterskor ses som starkare än vårdbiträden och undersköterskor genom sin utbildning och status. Nordström (2000) såg i sin studie av äldrevården att vårdbiträden ansåg att sköterskorna var auktoritära i pensionärens hem och de kände sig ofta som underordnade.

Sammanfattningsvis ser vi att den problematik som målats upp i inledningskapitlet kan belysas med ett antal teoretiska begrepp. Styrning av vårdbiträdenas beteende uppstår i form av både administrativ styrning från cheferna och professionell styrning från kollegor och egna personliga åsikter kring den professionella rollen. Vårdutförandet kan delas upp i aktiviteter som utförs av hemtjänsten och vårdcentralen var för sig samt aktiviteter som har inneboende beroenden och därmed kräver samarbete mellan organisationerna. De teoretiska begreppen kommer att användas för att strukturera den empiriska beskrivningen som nu följer.

3 Ett nedslag i den svenska äldrevården

Denna beskrivning bygger på delar av min avhandling och visar styrning och utförande av äldrevård i två stadsdelar i en stor svensk stad. Fokus är främst på hemtjänsten och den interna styrningen och det interna vårdutförandet beskrivs enbart ur hemtjänstens perspektiv. Den gemensamma styrningen och utförandet av de aktiviteter som kräver samarbete bygger däremot på både hemtjänstens och vårdcentralernas beskrivningar. Empirin är strukturerad efter studiens teoretiska begreppsapparat såsom beskrivet i kapitel två.

3.1 Fokus på budget i balans i båda stadsdelarna – intern administrativ styrning i hemtjänsten

Samtliga intervjuade i båda stadsdelarna understryker vikten av att uppnå en balanserad budget, för såväl de enskilda hemtjänstenheterna som hemtjänsten som helhet. Det ekonomiska tänkandet genomsyrar hela verksamheten, från stadsdelsdirektör till vårdbiträde. Som en hemtjänstchef uttrycker det: *"Pengarna styr väldigt mycket, det gör dom. Tre viktigaste parametrarna jag utvärderas på? Budget, budget och budget"*. Cheferna har ett antal administrativa styrmedel till sitt förfogande. Dessa är biståndsbeslut, utbildning, möten, budgetprocessen, månatliga uppföljningar, sanktioner, regelbunden översyn av biståndsbesluten, detaljerade riktlinjer för vårdbiträdena och finansiella diskussioner med vårdbiträdena.

Biståndsbesluten specificerar de uppgifter som vårdbiträdena ska utföra hos pensionärerna. Exempel på sysslor är att tvätta en gång i veckan, sköta morgonhygien och kvällshygien, laga mat och att handla. Cheferna är mycket noga med att betona för vårdbiträdena att de bara ska göra det som står i biståndsbesluten när de är hemma hos pensionärerna. Hemtjänstenheternas intäkter är kopplade till biståndsbesluten och därför är, enligt cheferna, en nyckel till budget i balans att vårdbiträdena inte utför extrasysslor hos pensionärerna som därmed inte enheten får betalt för. Hemtjänstcheferna utbildas i ekonomiskt tänkande och de har sedan i uppgift att öka förståelsen för budgeten hos vårdbiträdena. Många chefer diskuterar därför budgetutfallet under sina personalmöten och de försöker få vårdbiträdena att se kopplingen mellan intäkterna och deras egna löner och arbetstillfällen. Som en chef beskriver det:

Vårdbiträderna måste förstå att minus 300 000 kronor är en mindre anställd hos oss. Denna koppling mellan budgeten och deras lön är viktig. De måste också veta att det är biståndsbeslutet som ger oss intäkter. På detta sätt har vårdbiträderna tvingats blivit intresserade av finansiella frågor.

För att följa upp att vårdbiträderna bara gör det som står i biståndsbesluten kräver cheferna detaljerad information om vad vårdbiträderna gör i pensionärernas hem. Denna dokumentation jämförs sedan med biståndsbesluten. Besluten går också igenom regelbundet och jämförs med vårdbiträdernas scheman för att se om arbetet kan effektiviseras på något sätt. Allt detta arbete syftar till att kommunicera vikten av att vårdbiträderna endast gör det som står i biståndsbeslutet. En chef förklarar:

Jag är mycket tydlig mot vårdbiträderna att de endast ska göra det som står i biståndsbeslutet, ingenting mer, ingenting mindre. De måste säga nej till pensionärerna om de vill att de ska göra extra saker. Vi måste ha allt i biståndsbeslutet så att vi får betalt för det.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att chefernas administrativa styrning syftar till att influera vårdbiträderna att följa biståndsbesluten när de utför vård hos pensionärerna. Vårdbiträderna ska också ha en finansiell förståelse och se till hemtjänstenhetens ekonomiska situation och inte bara fokusera på pensionärernas behov.

3.2 Pensionärernas behov bör sättas i första rum – intern professionell styrning i hemtjänsten

Vårdbiträderna beskriver att finansiella frågor blivit allt mer påtagliga i och med att många förlorar sina jobb på grund av budgetunderskott. Alla känner sig hotade och de diskuterar ofta behovet av att arbeta för att hålla budgeten i balans. Samtliga vårdbiträden betonar dock betydelsen av att vara flexibel i utförandet av hemtjänst hos pensionärerna. Det är viktigt för dem att ge värdig vård till de äldre och det innebär att göra mer än vad som står i biståndsbesluten. Ett vårdbiträde förklarar:

Du går hem till en pensionär som ofta är ensam. Jag vill kunna fatta egna beslut om vad som är rimligt att göra och det innebär ibland att jag vill göra mer än vad som står i biståndsbeslutet.

Ett annat vårdbiträde uttrycker liknande tankar: ”Jag säger ofta till mig själv att vi alla är människor. Jag vill inte agera efter ett biståndsbeslut hela tiden. Då kan jag lika gärna göra något annat”. Det är viktigt för vårdbiträdena att kunna anpassa sig till de specifika situationerna som uppstår i pensionärernas hem. Biståndsbesluten speglar inte verkligheten för vårdbiträdena och det gör att flexibiliteten upplevs som oerhört viktig för bra kvalitet i äldreården. Ett vårdbiträde beskriver:

Om jag vore min egen chef så skulle jag vara flexibel för vad pensionären behöver vid varje givet tillfälle. Insatserna i biståndsbeslutet är viktiga och ska göras men pensionären vill ofta ha hjälp med andra saker. Då vill jag ha möjlighet att göra dessa extra saker. Och man kan aldrig veta vilka extra saker som pensionären vill ha hjälp med, det varierar från dag till dag. Biståndshandläggaren kan aldrig veta detta, men jag vet det när jag besöker pensionärerna.

3.3 Omöjligt att följa biståndsbesluten och samtidigt vara flexibel för oförutsedda situationer – internt vårdutförande i hemtjänsten

Vårdbiträdena i de båda stadsdelarna understryker att kvalitén på hemtjänsten är bra tack vare att de ibland utför mer än vad som står i biståndsbesluten. De menar att de insatser som beställs i biståndsbesluten är för få och de extra saker de gör för pensionärerna är nödvändigt för att ge dem värdig vård. Ett vårdbiträde beskriver: ”Det är väldigt svårt att få tid till att bara sitta ner med pensionärerna och prata med dem om det behövs. Jag gör det ibland ändå, även om det inte finns i biståndsbeslutet”. Samtliga vårdbiträden betonar den speciella situationen i att utföra vård i pensionärens hem. Som en av dem uttrycker: ”Du är ingen robot, du är en medmänniska och om pensionären behöver dig, då gör du något extra”. Ett annat vårdbiträde håller med:

Biståndsbeslutet är inte det enda som bestämmer vad jag gör hos pensionären. Pensionärens behov i den specifika situationen är också väldigt viktigt för vad jag gör. Om jag har en ledsen eller sjuk pensionär så gör jag lite extra. Jag kanske stannar 15 minuter längre på morgonen eller stannar extra över lunchen.

Vårdbiträderna har svårt att säga nej till pensionärernas önskningar och de känner ofta av om något är fel med pensionären. De beskriver hur pensionärerna ofta söker kontakt med dem och bara vill sitta ner och prata en liten stund. Vårdbiträderna försöker ta sig tid och de understryker att många pensionärer är väldigt ensamma. De menar dock att de aldrig får tillräckligt med tid i biståndsbesluten för den sociala kontakten. Vårdbiträderna betonar att hemtjänsten blir mer och mer "teknisk" till sin karaktär. De utför städning, handling, matlagning och inköp. De "personliga" delarna av hemtjänsten, såsom ta en promenad med pensionären och sitta ner och prata, får ofta stryka på foten. De betonar att deras scheman är väldigt tajta och det är i princip omöjligt att göra extra saker för pensionärerna om de ska följa biståndsbesluten till punkt och pricka. Flexibiliteten är dock ansedd så viktig för kvalitén på hemtjänsten att de "bollar tid mellan pensionärer" för att hinna göra extra saker för de pensionärer som för dagen är i behov av det. Bolla tid innebär att vårdbiträderna gör mindre än vad som står i biståndsbeslutet för vissa pensionärer för att frigöra tid för att göra extra saker för andra pensionärer.

3.4 Avsaknad av struktur och riktlinjer för samarbete – gemensam administrativ styrning i stadsdel 1

Landstinget och kommunen i staden har tagit fram en överenskommelse kring samverkan i vården av de äldre. Målet är att samverka och samordna resurser på ett klokt sätt samt att öka tryggheten och värdigheten hos den enskilde pensionären. Kommunen och landstinget har byggt upp en organisation kring samverkan på ett antal hierarkiska nivåer. På en högre nivå finns en central samverkansgrupp där bland andra stadsdelsdirektörer, jurister, sjukvårdsdirektörer och chefen för äldreberedningen ingår. Varje stadsdelsdirektör har sedan ansvar att från kommunens sida bilda samverkansgrupper med sjukvårdschefer ute i stadsdelsnämnden. Dessutom ska utförarna av hemtjänst och hemsjukvård samarbeta kring vården av den enskilde pensionären (så kallad producentsamverkan). I stadsdel 1 saknas det helt lokala riktlinjer och struktur för samarbete mellan hemtjänstenheterna och vårdcentralerna. Cheferna betonar endast vikten av att utföra vårdbiträderna utför delegerade sysslor, såsom medicingivning och ögon- och örondroppar till pensionärerna. Både vårdcentralchefer och hemtjänstchefer har funderat på att införa gemensamma möten men det har stannat vid just funderingar. I stadsdel 2 däremot finns en mer utarbetad struktur för

samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård. Därför redovisas de båda stadsdelarna i separat avsnitt.

3.5 Fokus på den egna organisationen och inte på samarbete – gemensam professionell styrning i stadsdel 1

Vårdbiträden, undersköterskor och distriktssköterskor betonar att det är två grupperingar i pensionärernas hem. Vårdbiträdena är en grupp och undersköterskorna och distriktssköterskorna en annan grupp. De båda grupperna har olika organisatoriska lojaliteter och känner ansvar för sina respektive uppgifter. Ett vårdbiträde förklarar:

Inom vår grupp säger vi till varandra att vi ska hjälpa sköterskorna med att ge medicin på delegering, men vi ska inte ta order från dem eller springa deras ärenden, eller anpassa våra scheman hela tiden. Vi är ansvariga för hemtjänst och inte hälso- och sjukvård.

Den norm som utvecklats innebär följaktligen att de båda grupperna fokuserar på sina egna uppgifter och samarbetet anses ha låg prioritet. De enda samarbetsaktiviteter som anses godtagbara att göra har med delegeringen att göra. Mentaliteten karakteriseras av att skylla på varandra för det dåligt fungerande samarbetet och samarbetsatmosfären beskrivs som frostig.

3.6 Dåligt samarbete – gemensamt vårdutförande i stadsdel 1

Den övergripande bilden som ges av de intervjuade i stadsdel 1 är att samarbetet fungerar dåligt och att det finns en negativ atmosfär mellan vårdcentraler och hemtjänstenheter. Både vårdbiträden och sköterskor beskriver svårigheterna med att koordinera de aktiviteter som kräver samarbete. Det beror till stor del på problemen att nå varandra via telefon och samtliga vill ha klarare rutiner för vem man ska ringa till och vilka nummer som gäller. De båda parterna är ofta oense om vilken tid som ska gälla när ett sår ska läggas om av sköterskan. Då måste nämligen vårdbiträdet duscha pensionären och de behöver därför komma överens om en tid som passar bådas scheman. Ett vårdbiträde beskriver:

All oenighet med scheman skapar ett dåligt klimat mellan oss och sköterskorna. Och det är inte bra för pensionären. Ibland utförs inte de insatser som ska utföras på grund av att vi inte kommit överens om en tid. Men sköterskorna måste ta sitt ansvar, vi kan inte anpassa oss hela tiden.

De intervjuade beskriver också pensionärer som inte fått frukost i tid efter insulinsprutan på grund av dålig kommunikation mellan hemtjänst och hemsjukvård. Båda parter skyller på varandra och menar att den andra parten aldrig anpassar sig. Gråzoner är ett uttryck som ofta används av vårdbiträden och sköterskor. Med detta menas de insatser i gränlandet mellan hemtjänst och hälso- och sjukvård som ingen riktigt vet vem som har ansvaret för och vem som ska göra vad. Hämta medicin från apoteket nämns av många som ytterst problematiskt och något det råder stor oklarhet kring. ”Detta har varit en gråzon så länge, jag frågade min chef men fick inget tydligt svar”, säger ett vårdbiträde. ”Ofta går jag till apoteket och en timme efteråt kommer undersköterskan för att hämta samma medicin, ingen koordinering över huvud taget”, säger ett annat vårdbiträde. Vårdbiträdena påpekar också att biståndshandläggarna ger olika besked, vissa skriver apoteksärende i beslutet, andra inte. Vårdbiträdena anser att det är sköterskornas ansvar, medan undersköterskorna menar att det i många fall ligger på vårdbiträdena. Vårdbiträden och sköterskor berättar att sysslor i gråzonen ofta blir försenade flera dagar, vilket leder till att pensionärer får vänta på viktiga mediciner och salvor. En undersköterska beskriver:

Det är inte alls bra. Ibland får en patient sin medicin för sent på grund av att ingen hämtar den. Vi [undersköterskorna och vårdbiträdena] pratar inte med varandra, eller så blir det missförstånd. Vi måste kommunicera bättre med vårdbiträdena och vi behöver riktlinjer för gråzonerna. Nu skyller vi på dem och de skyller på oss.

Alla intervjuade är överens om logiken bakom delegeringar. De finner det rimligt att hjälpa vårdcentralen när de ändå är hemma hos pensionären. De betonar också att det leder till bättre kvalitet för pensionären i och med att inte så många olika personer springer ut och in och bättre utnyttjande av skattepengar då undersköterskor spar in besök. Delegeringsprocessen beskrivs dock som dåligt fungerande av vårdbiträdena. Distriktssköterskorna skriver delegeringar för sent och det är ofta fel dosering i dosetterna eller så saknas det signeringslista hemma hos pensionären och vårdbiträdena måste då ringa till sköterskan. Ett vårdbiträde

förklarar: ”Allt detta ringande tar tid och skapar osäkerhet för oss”. Sköterskorna har en annan syn på problemen med delegering. En distriktsköterska beskriver:

Vi sätter oss aldrig ner och koordinerar dessa saker, och vi får aldrig information om vilka som är nyanställda. Och de byter ofta personal, så vi behöver den informationen. Vi försöker verkligen få det att fungera men vårdbiträdena verkar inte bry sig om att berätta för oss vilka som behöver delegering.

Vårdbiträden och sköterskor från vårdcentralen har inga regelbundna träffar där de diskuterar pensionärerna. ”*Det är inte alls bra och jag tror det förklarar mycket varför det fungerar så dåligt samarbetsmässigt*”, säger ett vårdbiträde. Vårdbiträdena saknar möjligheten att få ett ansikte på vårdcentralens personal och kunna fråga dem om pensionärernas tillstånd. Möten kunde också förenkla koordinering av gemensamma hembesök menar de intervjuade. ”*Nu vet vi knappt vilken sköterska som besöker pensionären*”, säger ett vårdbiträde. Flera av sköterskorna menar att det är svårt att vara ett bra stöd för vårdbiträdena utan regelbundna möten. Dessutom kan möten vara bra för att utbyta information om pensionärerna och för att få en bättre stämning mellan hemtjänst och vårdcentral. ”*De vet mycket om pensionärerna och vi vet mycket, på dessa möten skulle vi kunna informera varandra*”, som en undersköterska uttrycker det. Det som sköterskorna främst behöver informera vårdbiträdena om är förändringar i mediciner och om någon patient behöver speciell behandling. Det kan vara nya mediciner som gör att vårdbiträdena måste vara vaksamma på vissa saker. Eller för det fall en pensionär får insulin så måste vårdbiträdena vara extra noga med mattider och ge speciell mat. Denna informationsöverföring menar flera sköterskor inte fungerar tillfredställande och sköterskorna anser det svårt att veta vilka vårdbiträden som går till pensionärerna.

3.7 Chefer som betonar vikten av samarbete – gemensam administrativ styrning i stadsdel 2

Cheferna i stadsdel två betonar vikten av samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård. Som en vårdcentralchef uttrycker det:

Samhällets resurser kan utnyttjas mer effektivt och patienterna kan få bättre kvalitet på vården. För landstinget som helhet så innebär bättre samarbete färre ambulanstransporter, mindre mediciner, större säkerhet för pensionären och färre hembesök för oss. Om vi samarbetar bättre i hemmen så känner sig pensionären tryggare och mår därmed bättre och kan bo hemma längre.

Cheferna har utformat ett antal gemensamma administrativa styrmekanismer för att sätta fokus på samarbetet. De är: insatsgruppen, månatliga möten mellan vårdbiträden och sköterskor och specificerade riktlinjer för samarbetet som ska fungera som ett komplement till de allmänna riktlinjerna för delegering.

Insatsgruppen

Alla chefer betonar att insatsgruppen är viktig för samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård. Gruppen träffas fyra gånger per år och de som deltar på mötena är distriktssköterskor, vårdcentralcheferna, beställarchefen, utförarchefen och hemtjänstcheferna. Mötena fungerar som forum för att diskutera frågor som anses problematiska i samarbetsrelationen, exempelvis gråzoner. Ett sammanfattande protokoll från mötena, inklusive de beslut som fattats, upprättas och distribueras sedan till gruppens medlemmar som i sin tur informerar undersköterskor, distriktssköterskor och vårdbiträden. En hemtjänstchef berättar:

Insatsgruppen har utvecklats väldigt väl. Det är viktigt att vi gör lika över hela stadsdelen eftersom vårdcentralerna ofta arbetar med flera olika hemtjänstenheter. Även om vi har gråzoner kvar så förbättrar insatsgruppen samarbetet.

Detta stöds av vårdcentralcheferna. En av dem beskriver:

Insatsgruppen är väldigt intressant. Min vårdcentral jobbar mot två stadsdelar och vi har bara insatsgrupp i en av dem. På den sidan har vi en effektiv struktur, det fungerar väldigt bra och mina sköterskor träffar vårdbiträdena regelbundet. Det är väldigt viktigt att samarbeta. Insatsgruppen är bra och viktig och jag tror att den är nyckeln till att det fungerar så mycket bättre i den stadsdelen.

Månatliga möten mellan vårdbiträden och sköterskor

Cheferna kräver att vårdbiträden och distriktssköterskor träffas en gång i månaden och då kommer sköterskorna till hemtjänstens lokaler. Varje sköterska träffar de vårdbiträden som går till dennes patienter. Sköterskor och vårdbiträden ska berätta i förväg vilka pensionärer de avser att diskutera så att alla kan förbereda sig. Cheferna beskriver mötena som viktiga för att utbyta information om pensionärerna och pensionärer med förändrade hälsotillstånd diskuteras alltid på mötena. Det kan exempelvis handla om en pensionär som tappat vikt, eller börjat få dåligt minne och därför behöver göra ett minnestest.

Specificerade riktlinjer för samarbetet

Cheferna kräver att sköterskorna använder en gemensam delegeringsblankett i hela stadsdelen. På blanketten specificeras olika typer av delegering på ett systematiskt och lättläsligt sätt för att vårdbiträden enkelt ska veta vad de förväntas göra. Det finns även specifika riktlinjer för delegeringsproceduren. Hemtjänstcheferna förväntas ringa till distriktssköterskan när nya vårdbiträden anställts och därmed är i behov av utbildning i medicingivning. Några distriktssköterskor på varje vårdcentral är ansvariga för att skriva dessa delegeringar och för att utbilda vårdbiträdena. Utbildningen sker på vårdcentralen. Det finns också riktlinjer för den årliga förnyelsen av delegeringarna. Distriktssköterskorna åker till hemtjänstenheten och förnyar delegeringar för ett antal vårdbiträden per gång. Sköterskorna och vårdbiträdena har också gemensamma riktlinjer för vem som ska göra vad om en pensionär hittas död.

3.8 Viktigt att samarbetet fungerar – gemensam professionell styrning i stadsdel 2

Vårdbiträden, undersköterskor och distriktssköterskor uttrycker alla att det finns en gemensam syn att samarbete är viktigt för en väl fungerande äldrevård. Det finns en mentalitet att hjälpa varandra och vara flexibel i utförandet av vården. En distriktssköterska förklarar:

Jag gillar verkligen atmosfären vi har tillsammans med undersköterskor och vårdbiträden. Samarbetet är viktigt och ska fokuseras. Jag pratar ofta med kollegor från andra delar av staden och de har ofta en annan upplevelse. Men här tycker vi alla att samarbete är viktigt för att ge patienterna bra vård.

Vårdbiträden känner inte att sköterskorna försöker domdera och bestämma. Snarare hjälper man varandra på lika villkor, något som betonas som viktigt av både sköterskor och vårdbiträden.

3.9 Väl fungerande samarbete – gemensamt vårdutförande i stadsdel 2

Relationen beskrivs som väl fungerande av vårdbiträden, undersköterskor och distriktssköterskor. Nyckeln till bra samarbete beskrivs vara viljan att ge och ta och därmed hjälpa varandra. En sköterska beskriver: ”Vi har väldigt bra samarbete med vårdbiträden. De kan anpassa deras scheman och vi kan också göra det”. Ett vårdbitråde håller med:

Jag tycker att vi har en väldigt bra relation, med respekt. De [sköterskorna] litar på oss när vi ringer dem och de agerar direkt. Det känns som att de lyssnar och agerar direkt. Det känns tryggt.

Den dagliga koordineringen av insatser beskrivs som väl fungerande. En undersköterska säger: ”Det fungerar helt perfekt. Säg att det är ett bensår som ska läggas om, då sitter patienten nyduschad av hemtjänsten när jag kommer”. Koordineringen diskuteras också på de regelbundna mötena, då bestäms tider och det som behövs koordineras. Ett vårdbitråde beskriver:

Det fungerar mycket bra, vi hjälper varandra. De [undersköterskorna och distriktssköterskorna] ringer oss, det är enkelt att komma överens om tider och det känns som att de ofta anpassar sina scheman också. Ibland är vi snälla och lägger om vårt schema och ibland gör de det – en bra atmosfär.

Oväntade saker löses genom att båda parter gör saker som egentligen är den andres ansvar. Ett exempel som ofta nämns är insulinpatienter, då det är viktigt att koordinera insulingivning och mat. Undersköterskorna ger ofta pensionärerna lite att äta efter de fått sprutan så att vårdbiträden sparar lite tid.

Det faktum att både vårdbiträden och sköterskor har mobiltelefoner beskrivs som viktigt för den dagliga koordineringen. Ett vårdbitråde beskriver:

Jag har mycket kontakt med sköterskorna via mobilen – det är perfekt. Så fort jag ser att något inte står rätt till så ringer jag dem och jag får alltid tag på dem. Då agerar de och ringer sedan tillbaka till mig för att rapportera. Detta betyder mycket för mig. Det är också viktigt för det dagliga, när någonting är fel, när någons sår behöver läggas om. Detta gör att vi känner för att hjälpa varandra.

De månatliga mötena beskrivs vara en mycket viktig förklaring till den väl fungerande dagliga koordineringen av insatser. Under mötena utbyter man information, bestämmer tider för gemensamma hembesök och bestämmer tider för de insatser som behöver koordineras, exempelvis insulin och frukost. Vårdbiträderna har funderingar kring pensionärerna; någon har inte ätit ordenligt, en annan har ett svullet ben. En distriktssköterska berättar:

Mötena är väldigt bra, annars grabbar de tag i mig ute. Jag får en massa information ute och när jag kommer tillbaka till vårdcentralen har jag glömt det. Mötena är mycket säkrare, då har jag med mig anteckningsblock.

En annan fördel med mötena är att vårdcentralerna får reda på information om patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården men som kanske borde vara det. Då gör distriktssköterskorna hembesök som ofta resulterar i att patienten skrivs in i hemsjukvården. Mötena ger också den fördelen att båda parter känner igen varandra bättre och en bra stämning skapas i relationen. Det faktum att sköterskorna kommer till hemtjänstens lokaler beskrivs också ha ett symbolvärde. ”Det är viktigt att de kommer till våra lokaler, det visar att de kan anpassa sig också”, säger ett vårdbiträde.

Vårdbiträderna beskriver också att betydelsen av mötena har ökat eftersom de pensionärer som bor hemma är så sjuka. Mötena med vårdbiträderna beskrivs exempelvis vara nästan enbart om att ge stöd och råd till vårdbiträderna och distriktssköterskorna känner att vårdbiträderna verkligen uppskattar mötena. ”Vårdbiträderna har svårt att acceptera att om du är 89 så kan du ha bra och dåliga dagar. Vi hjälper dem och lugnar ner dem”, säger en distriktssköterska. Distriktssköterskorna utbildar också vårdbiträderna då och då när de träffas. Det kan handla om olika typer av medicinsk information eller att vissa vårdbiträden vill lära sig mer om sårvård. Andra gånger kan de handla om hur vårdbiträderna ska agera i de äldres hem för att undvika speciella infektioner orsakade av resistenta bakterier.

Gråzoner nämns av alla de intervjuade och det är ofta oklart vem som ska göra vad. Hämtning av medicin, stödstrumpor och salvor är några uppgifter där ingen riktigt vet vad som gäller. De intervjuade menar dock att gråzonerna löses genom att ge och ta och därmed hjälpa varandra. Vårdbiträdena beskriver exempelvis att de ofta hämtar medicin fastän de tror att det är sköterskornas ansvar. Genom den hjälpande atmosfären blir det inte så viktigt vem som är ansvarig för vad. En distriktssköterska beskriver: "I andra stadsdelar är det väldigt strikt. Vi å andra sidan vill hjälpa varandra – möts halvvägs. Man måste tänka vad som är bäst för den specifika patienten".

Delegeringen beskrivs som mycket väl fungerande. Sköterskorna poängterar att de tycker att hemtjänstpersonalen är kompetenta och noggranna med att ge medicin. "De ser ofta när patienter har mixtrat i dosetten och ringer oss så vi kan fixa det", säger en distriktssköterska. Det betonas också att delegering ger bättre utnyttjande av offentliga resurser och bättre kvalitet för pensionären då inte så många springer i deras hem. Det väl fungerande delegeringssamarbetet förklaras till stor del av de klara rutiner som utarbetats av insatsgruppen och att det är samma blankett över hela stadsdelen. Ett vårdbitråde beskriver:

Vi har en väl fungerande rutin. De nya vårdbiträdena går till vårdcentralen för att få en delegering. Vid de årliga förnyelserna skapar sköterskan en stor grupp och gör delegeringen för alla samtidigt. Då kommer sköterskan till oss. Du ser – ge och ta. Delegeringsblanketten är också väldigt lätt att förstå.

Efter denna empiriska beskrivning av äldrevården är det dags att börja analysera materialet utifrån det teoretiska ramverket. Vad kan sägas om det grundläggande styrproblemet – Sven ska ha vård och det kan inte kosta för mycket pengar. Hur ser styrningen av äldrevården ut? Finns det en spänning mellan administrativ styrning och professionell styrning? Hur ser samspelet ut mellan styrning och de vårdaktiviteter som utförs? Dessa frågor kommer att diskuteras i det analyskapitel som nu följer.

4. Analys

I inledningskapitlet visades att Sven och andra pensionärer ges vård av två olika enheter, hemtjänsten och vårdcentralen. Vården utförs i pensionärernas hem, ofta i interaktion med pensionären. I den empiriska beskrivningen har administrativ och professionell styrning beskrivits likväl som utförandet av hemtjänst och insatser som kräver samarbete mellan enheterna. I detta kapitel fördjupas diskussionen kring styrning och vårdaktiviteter.

4.1 Standardisering och produktifiering vs flexibilitet i utförandet – spänning mellan administrativ och professionell styrning

Genom den empiriska beskrivningen tornar det fram en spänning mellan två olika syner på utförandet av hemtjänst till pensionärerna. Det första synsättet går ut på att produktifiera hemtjänsten med hjälp av beställare-utförare modeller och biståndsbeslut som i förväg specificerar vilka insatser som ska utföras i pensionärernas hem. Standardisering är nyckelordet och det är en förutbestämd utförandeprocess som bestäms av människor som finns på distans från själva vårdutförandet. Det andra synsättet betonar vikten av att vara flexibel i de olika vårdsituationerna och utföra insatser efter de önskningar och behov som pensionärerna förmedlar vid varje specifik vårdsituation.

Skillnaden mellan de två synsätten manifesteras i spänningen mellan administrativ styrning och professionell styrning. Cheferna använder sig av ett antal administrativa styrmekanismer – såsom budget, biståndsbeslut, rutiner för dokumentation, möten om den finansiella situationen – som alla syftar till att influera vårdbiträdena att bara utföra de insatser som finns i biståndsbeslutet. Vårdbiträdena ska inte göra något extra för pensionärerna vilket innebär en total standardisering av utförandet. Hela den komplicerade utförandeprocessen av hemtjänst ska därmed fångas med hjälp av biståndsbeslutet. Det är dessutom sanktioner kopplade till den finansiella prestationen; vårdbiträden förlorar jobbet om budgeten inte är i balans. Parallellt ser vi också den professionella styrningen som betonar vikten av att vara flexibel för varje individuell pensionärs behov och önskningar i de specifika utförandesituationerna. Denna styrning influerar vårdbiträdena att göra lite extra utöver biståndsbeslutet.

Vårdbiträdena slits mellan å ena sidan de egna professionella värderingarna av vikten att vara flexibel och göra extra saker och å andra sidan kraven från cheferna att bara göra det som står

i biståndsbeslutet. Det kan konstateras att vårdbiträdena i praktiken gör extra saker för pensionärerna och därmed "går emot" chefernas order. Även om utrymmet hela tiden minskar försöker de vara flexibla genom att exempelvis temporärt minska tiden hos "friska" pensionärer för att frigöra tid för de pensionärer som för stunden är ledsna eller sjuka.

För att förstå hur den professionella styrningen kan hävda sig även när den finansiella pressen är hård måste vi analysera styrningen i termer av distans till pensionären. Det är olika grad av distans beroende på om man är vårdbiträde eller chef. Vårdbiträdena upplever pensionärernas känslor och behov när de utför sina insatser, medan chefer inte befinner sig mitt i själva vårdutförandet. Vi kan se att vårdbiträdenas beteende influeras av pensionärerna, något som inte behandlats i det teoretiska avsnittet av rapporten. Det finns därmed ett behov av att inkorporera influenserna från pensionärerna i styrramverket genom den professionella styrningen. Professionell styrning utvecklas till att också innefatta "pensionärernas styrning" av vårdbiträdena, något som har stor betydelse för vilka extra insatser som utförs.

Jämfört med andra situationer framstår äldrevården som speciell. När personer tillverkar bilar kan det förväntas vara enklare att sätta samman bilen på det sätt som chefen säger (administrativ styrning), även om personerna personligen tycker att bilen bör sättas ihop på ett annat sätt (professionell styrning). Eller en konsult som ska implementera ett IT-system hos ett företag. Konsulten kan förväntas implementera systemet på det sätt som chefen vill även om konsulten personligen anser att systemet borde implementeras på ett annorlunda sätt. Men för vårdbiträden som utför sysslorna i interaktion med pensionären är det svårt att strunta i sina professionella värderingar om vikten av flexibilitet för att istället följa den administrativa styrningen.

De ovan beskrivna resonemangen leder in oss på grundläggande frågor om kvalitet och effektivitet i äldrevården (och i många andra offentligfinansierade verksamheter). De grupper som finns på distans från själva vårdgivandet, såsom chefer och biståndsbedömare, har liknande syn på kvalitet. Bra kvalitet innebär att göra det som står i biståndsbeslutet, varken mer eller mindre. Denna syn på kvalitet står i stark kontrast till vårdbiträdenas åsikter, dvs de personer som interagerar direkt med pensionärerna. De menar att flexibilitet för pensionärernas individuella behov och önskningar för stunden är nyckeln till bra kvalitet i hemtjänsten. Det innebär ett behov av att göra mer än det som står i biståndsbesluten för de pensionärer som behöver det.

Dessa båda syner på kvalitet blir viktiga att ta i beaktan när personer på distans i svepande ordalag och utan konkreta exempel diskuterar kvalitén i äldrevården. Diskussionerna om kvalitet kan nyanseras genom att båda gruppernas syn inkluderas. Kvalitetsdiskussionerna kan också relateras till en bredare fråga om effektivitet. Effektivitet definieras som relationen mellan hemtjänstenheternas output och enheternas mål.¹⁴ Ju mer output bidrar till måluppfyllelse, desto mer effektiv är hemtjänstenheten. Kvalitet blir därmed en dimension av effektivitet, men det finns också en finansiell dimension. Det kan konstateras att kvalitet inte följs upp systematiskt i någon av stadsdelarna medan den finansiella prestationen följs upp regelbundet. Det finns därför en risk att hemtjänstenheterna fokuserar för mycket på att ha en budget i balans vilket innebär att det ursprungliga syftet att ge de äldre bra vård blir sekundärt. Det kan bli för mycket fokus på att göra saker rätt och för lite fokus på om vårdbiträdena gör rätt saker.

När man diskuterar effektivitet så är det ofrånkomligt att hamna i fundamentala och djupgående systemfrågor. Ska vi verkligen fortsätta att produktifiera äldrevården via beställare-utförare, biståndsbeslut och resultaträkningar? Eller ska vi istället allokera en summa pengar till varje hemtjänstenhet och därmed delegera till hemtjänstcheferna och vårdbiträdena besluten om vilken hemtjänst pensionärerna ska få? Den empiriska beskrivningen i denna rapport indikerar att den administrativa styrningen implementerades utan att beakta den speciella situation som hemtjänstpersonalen befinner sig i. Vissa insatser och prestationer är lätta att mäta och följa upp, såsom budgeten och städning. Dessa får stor uppmärksamhet. Andra insatser och prestationer är svårare att förutbestämma, mäta och utvärdera och kan bara ses av de personer som inte är på distans från själva vårdutförandet. Exempel är de extra insatser som behövs, gråzoner och promenader. Dessa insatser får därmed lite fokus av de personer som beställer hemtjänst då de befinner sig på distans. Utvecklingen innebär att äldrevården mer och mer karakteriseras av synliga mätbara aktiviteter istället för svårdefinierade behov hos pensionären som är knutna till den specifika situationen. Detta är en utveckling som även gäller många andra offentligfinansierade verksamheter. Den grundläggande uppgiften för äldrevården är att utföra hemtjänst. Det finns naturligtvis en finansiell sida av detta också, men grunden för existensen av hemtjänstenheter ligger i utförandet av hemtjänst. Hur långt bör den finansiella fokuseringen gå? Är det

¹⁴ Anthony & Young, 1988, s 16; Sola & Prior, 2001

önskvärt att produktifiera och standardisera en så komplex process som vård till de äldre? Uttrycks effektiviteten i äldrevården bäst genom en finansiell budget? Kommer det någonsin att vara möjligt att identifiera alla gråzoner? Det finns inga enkla svar på frågorna men det är viktigt för personer som arbetar med offentligfinansierade verksamheter att ställa dem då och då för att därmed diskutera grundläggande aspekter och inte bara de problem som för tillfället poppar upp.

4.2 Tekniska och personliga hemtjänstinsatser – vad är det egentligen?

I min avhandling beskrivs utförligt hur utvecklingen av hemtjänsten har gått mer och mer mot standardisering. Detta trots att, som beskrivits i denna rapport, vårdbiträdena fortfarande står emot lite och lyckas vara flexibla till viss del i vårdutförandet. Den finansiella pressen som de flesta hemtjänstenheter lever under bidrar till standardiseringen. Det kan dock urskiljas vissa skillnader beroende på typ av hemtjänstinsats, något som föranledde mig att göra en uppdelning av ”tekniska” och ”personliga” vårdaktiviteter. Tekniska insatser är aktiviteter som inte innebär en direkt interaktion med pensionärerna. Exempel på insatser är diska, städa, handla mat, tvätta, lämna av matlåda. De personliga insatserna å andra sidan involverar direkt interaktion med pensionärerna, exempelvis morgon hygien, promenad, på- och avklädning, toalettbesök, duschning, mat med sällskap.

Uppdelningen mellan tekniska och personliga vårdinsatser får betydelse när produktivitet diskuteras i äldrevården. Östman (1993) konstaterar att produktivitet är svårt att beskriva med tillräcklig nyanseringsgrad i offentligfinansierade verksamheter. Produktivitet definieras som output (de aktiviteter som utförs) dividerat med input (de resurser som tillförs).¹⁵ Produktivitetsdiskussioner i äldrevården blir komplicerade då själva vårdutförandet ofta involverar interaktion med pensionärerna. Det innebär att tid blir viktigt både i täljare och i nämnare. De aktiviteter som utförs är beroende av tiden och de resurser som tillförs likaså. Går det att tala om produktivitet på ett meningsfullt sätt när vårdbiträdet duschar en pensionär, eller tar en promenad med pensionären, eller sitter ner och pratar med en ledsen pensionär? Om vårdbiträdet promenerar 25 minuter med pensionären istället för 30 minuter så förbrukas mindre resurser men själva innehållet i aktiviteten har också förändras.

¹⁵ Anthony & Young 1988, s 15, Sola & Prior, 2001

Ett sätt att komma vidare i produktivitetss Diskussionen blir därför att använda indelningen i tekniska och personliga aktiviteter. Denna distinktion görs sällan i praktiken. När vårdbiträdet tvättar kläder så kan hon/han vara hur snabb som helst bara kläderna blir rena. Tid är inte viktigt för pensionären då insatsen inte involverar direkt interaktion med pensionären.

Om den ökade finansiella pressen enbart leder till att de personliga insatserna minskar, så kanske vi inte har ökad produktivitet. Men om pressen innebär att de tekniska aktiviteterna utvecklas så att färre resurser förbrukas, då kan vi prata om produktivetsförbättringar i en djupare mening. I avhandlingen ser jag tecken på att produktiviteten har ökat efter att det finansiella trycket hårdnat. Cheferna har arbetat hårt med geografisk planering för att minimera gångtiderna mellan pensionärerna. Vårdbiträdena började också samordna inhandling av mat genom att de handlade för flera pensionärer samtidigt. Detsamma gäller för utlämnandet av matlådor och tvättning av kläder. Det finns dock också signaler som indikerar att de personliga insatserna minskar. Vårdbiträdena gör färre och färre extra insatser och promenader tenderar att bli kortare och kortare. I dessa fall så kan vi inte prata om produktivitetshöjningar i någon djupare mening. Frågor om produktivitet för personliga insatser kokar alltid ner till hur kostnadsaspekten och den mänskliga aspekten ska balanseras. Det innebär att diskussionen touchar på svåra frågor om prioriteringar i den offentliga sektorn. Det kommer alltid att vara en fråga om alternativ användning av skattepengar. Hur ska exempelvis de äldres behov vägas mot behoven för små barn i förskolan?

En praktisk implikation av denna diskussion är att chefer i hemtjänsten (likväl som i andra verksamheter) kan börja göra en distinktion mellan tekniska och personliga aktiviteter. Denna distinktion ger cheferna möjlighet att rikta produktivetsinsatserna i "rätt" riktning. Genom att först fokusera på att förbättra de tekniska aktiviteterna uppnås produktivetsförbättring i en djupare mening utan att pensionärerna upplever en försämring av vården. De personliga aktiviteterna måste däremot behandlas på ett annorlunda sätt. Varje personlig aktivitet är unik och utvecklas i interaktion med pensionären. Upplevelsen skapas därmed i samspelet mellan vårdbiträdet och pensionären och det blir svårt för chefer att på distans berätta för vårdbiträdet hur insatsen ska utföras. Flexibilitet är här nödvändigt för en bra kvalitet på insatserna.

Hur kan då flexibilitet uppnås i tider av stark finansiell press? Ett sätt kan vara att biståndsbedömarna inkluderar ospecificerad tid i biståndsbesluten, som öronmärks för

personliga aktiviteter och extra aktiviteter efter vårdbiträdenas professionella bedömning. Säg exempelvis att biståndshandläggarna ger varje pensionär en timme ospecificerad tid per vecka i biståndsbeslutet. Det blir inte kontrollerbart för dem eller cheferna hur vårdbiträdet väljer att använda timmen, men det är troligen bättre för pensionären. På detta sätt förändras innehållet i ”produkten”, det vill säga biståndsbeslutet. Biståndsbeslutet innehåller nu inte bara förutbestämda insatser utan också ospecificerad tid. Besluten anpassas därmed en del till de behov och önsknings som pensionärerna har i de specifika utförandesituationerna.

4.3 Styrningen är nyckeln till ett lyckat samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård

Rapporten har visat betydelsen av ett väl fungerande samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård för kvalitén på äldrevården. Mycket av det som diskuteras nedan har dock bäring även på andra offentligfinansierade verksamheter, grundproblemet med olika specialiserade enheter med olika budgetar är samma oavsett vilken verksamhet det gäller. Äldrevården skulle därmed kunna fungera som ett pilotexempel där viktiga frågor berörs som sedan anpassas till den verklighet som gäller för andra offentligfinansierade verksamheter. En slutsats av denna studie är att det behövs en tydlig gemensam administrativ styrning för samarbeten. Studien visar att det nu saknas lokala mål för samarbetet och det finns ingen systematisk uppföljning av hur samarbetet fungerar. I och med detta är risken stor att samarbetsfrågor kommer i skymundan för interna angelägenheter som de respektive enheterna har, speciellt om enheterna är hårt finansiellt pressade. Internt styrs både vårdcentralschefer och hemtjänstchefer hårt på budget i balans och detta följs systematiskt upp. Det behövs därmed också en tydlig gemensam administrativ styrning. Det innebär att den interna styrningen bättre matchas med den gemensamma styrningen i relationen och därmed ökar sannolikheten att samarbetsfrågor blir viktiga och prioriterade. Baserat på denna rapport, de mer utförligare beskrivningarna i min avhandling samt forskning kring styrning och samarbeten har jag tagit fram viktiga faktorer för att förbättra samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård. Faktorerna ska inte ses som några absoluta svar utan syftar till att fungera som en startpunkt och analyschema för att få struktur för de diskussioner kring samarbeten som förs ute i landet.

Gemensam administrativ styrning - betydelsen av en genomtänkt och tydlig organisation för samverkan

Det centrala samverkansavtalet som tecknats är ett bra första steg i utvecklandet av en tydlig och genomtänkt struktur för samverkan. Samverkansavtalet är dock väldigt övergripande och måste konkretiseras och anpassas efter de olika verksamheterna. Det finns en enorm potential i alla de eldsjälar som arbetar inom äldrevården, alla försöker och gör sitt bästa för att ge pensionärerna en värdig vård. Samverkan inom äldrevården ska enligt samarbetsavtalet ske på ett antal beslutsnivåer. Detta är en riktig grundtanke och det framstår som viktigt att chefer skapar en genomtänkt och tydlig organisation för samverkan. Många av de intervjuade anger en otydlig organisation som skäl till att samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård fungerar mindre bra. Det finns två viktiga frågeställningar att fundera över:

1. Vilka beslutsnivåer ska det vara?
2. Vad ska de respektive beslutsnivåerna besluta om?

Frågan om vilka beslutsnivåerna ska vara regleras delvis i samarbetsavtalet då en central samverkansgrupp är den högsta beslutsnivån för samverkan. Sedan är det dock upp till stadsdelarna att organisera underliggande beslutsnivåer. Baserat på denna studie framkommer behovet av lokala insatsgrupper. Insatsgruppen i stadsdel 2 framstår som en bra förebild och de intervjuade i stadsdel 2 betonar att insatsgruppen är en viktig förklaring till att samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård fungerar bra.

Studien visar på betydelsen av att insatsgrupper är fokuserade på varje delområde inom äldrevården. En insatsgrupp bör som i stadsdel 2 ha hand om samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård, en annan grupp kan ha hand om samarbete särskilt boende och vårdcentral osv. I stadsdel 1 finns inte motsvarande fokuserade insatsgrupp utan där finns en mer allmän grupp som behandlar äldrevård. Detta verkar inte fungera då frågorna blir av för allmän karaktär och de specifika problemen inom samarbetet mellan hemtjänst – hemsjukvård inte får tillräckligt utrymme. Mer fokuserade grupper såsom i stadsdel 2 innebär att de chefer som beslutar är de som har den dagliga kontakten med sköterskor och vårdbiträden, vilket är viktigt för att informationen kommer ner till utförarna. När insatsgruppen fattar ett beslut kan en av gruppens deltagare vara ansvarig för att beslutet genomförs och följs ute i verksamheten. Efter ett visst tidsintervall är denna person ansvarig för att återrapportera vilken effekt beslutet fått.

Nästa beslut som fattas är en annan av deltagarna ansvarig för. På så sätt får varje deltagare i insatsgruppen sina specifika beslut att ha extra koll på.

Insatsgrupper bör dock kompletteras med en mer övergripande grupp som tar hand om de frågor som inte insatsgruppen kan komma överens om. De frågor som man kör fast med i insatsgruppen måste kunna slussas vidare så att de inte tar all energi från insatsgruppens arbete. Tabell 4.1 visar hur samarbeten inom äldreården kan organiseras i olika beslutsnivåer samt vilka personer som kan ingå. Det är viktigt att de personer som ingår i grupperna har befogenheter att fatta beslut samt att de ser till att besluten förs ut till de berörda. En viktig förklaring till att insatsgruppen i stadsdel 2 fungerar så bra är att de personer som ingår har befogenheter att styra de som jobbar på fältet. Detta gör att det som beslutas snabbt kan föras ner till sköterskor och vårdbiträden.

Mycket av den forskning som finns kring styrningens roll för väl fungerande samarbeten betonar vikten av att ha regelbundna möten mellan parterna.¹⁶ Det handlar framför allt om att gemensamt komma fram till beslut i för samarbetet viktiga frågor och mötena skapar bättre atmosfär i relationen. Ett konkret exempel på detta kan vara att införa möten mellan vårdbiträden och sköterskor. Mötena kan fungera som ett forum för informationsutbyte och där båda parter har möjlighet att berätta att de hjälper varandra med en mängd sysslor. Då förbättras atmosfären och parterna går inte och irriterar sig på att de är de enda som gör något för samarbetet. Här kan exempelvis sköterskorna kommunicera att de är stöd åt hemtjänsten via telefon samt att de gör en del hemtjänstsysslor när det är akut och ingen hemtjänstpersonal finns i pensionärens hem. Mötena ger en strukturerad dialog mellan de båda parterna och minskar risken för en massa gnäll i det tysta.

Vid en jämförelse mellan de båda stadsdelarna kan konstateras att en del av förklaringen till att samarbetet upplevs fungera bättre i stadsdel 2 är de regelbundna mötena mellan vårdbiträden och distriktsköterskor. I stadsdel 1 efterfrågar i stort sett samtliga intervjuade regelbundna möten. En viktig sak att poängtera är betydelsen av att vara förberedd inför möten så att mötena inte upplevs som något som bara tar tid utan att ge något mervärde. Det kan handla om att sköterskor och vårdbiträden i förväg kommer överens om vilka pensionärer som ska diskuteras så att båda kan fundera igenom dessa pensionärens situation.

¹⁶ Se exempelvis Langfield-Smith & Smith, 2003

Ett problem som beskrivs av de intervjuade är att ingen riktigt vet vem de ska vända sig till med klagomål. En konkret förbättring kan därför vara att på enhetsnivå utse ett vårdbiträde på varje hemtjänstenhet och en undersköterska eller distriktssköterska på varje vårdcentral som ansvarig för samarbetsfrågor. På detta sätt signaleras det också från ledningshåll att samarbeten är något viktigt. För hemtjänstens del kan då resten av vårdbiträdena prata med det ansvariga vårdbiträdet som sedan för det vidare till sin enhetschef. På detta sätt är chefen väl förberedd till insatsgruppsmötet med konkreta exempel på det som fungerar bra och mindre bra. Anledningen till att ett vårdbiträde är mellanhand för informationen är främst för att avlasta hemtjänstchefen, på detta sätt fås informationen koncentrerat av en person istället för att alla vårdbiträdena rapporterar till chefen. När det finns en kontaktperson blir det också möjligt för vårdbiträdena att anonymt föra vidare viktig information till enhetschefen. Samma system kan appliceras för vårdcentralerna, en distriktssköterska eller undersköterska är ansvarig för relationen med den kommunala hemtjänsten och rapporterar till vårdcentralschefen.

Beslutsnivå	Personer som kan ingå
Central samverkansgrupp	Höga chefer på central nivå.
Lokal samverkansgrupp	Stadsdelsdirektör, sjukvårdsdirektör, utförar- och beställarchef kommun, chef beställaravdelning vård landsting, någon vårdcentralschef, någon enhetschef hemtjänst.
Lokala insatsgrupper hemtjänst – hemsjukvård	Enhetschefer för hemtjänsten, vårdcentralschefer, distriktssköterskor, chef för kommunens beställaravdelning för hemtjänst.
Regelbundna möten mellan vårdbiträden och distriktssköterskor	Sköterskorna träffar de vårdbiträden som går till deras respektive patienter.
På respektive hemtjänstenhet och vårdcentral	Utse ett vårdbiträde respektive undersköterska/distriktssköterska som ansvarig för samarbetet.

Tabell 4.1 Organisation för samarbete inom äldreården

Det är viktigt att klargöra vad de respektive beslutsnivåerna ska besluta om. Den centrala samverkansgruppen bör inte och har heller ingen möjlighet att ha ansvar för detaljerade frågor rörande samarbeten. Det finns en mängd olika samarbeten mellan landsting och kommun inom äldrevården där samarbetet som undersöks primärt i denna studie, relationen hemtjänst – hemsjukvård, bara är en del. Den centrala samverkansgruppen har dock en viktig funktion i att försöka göra det mer enhetligt över staden genom att hålla sig informerad om vad som händer ute i stadsdelarna. Den centrala samverkansgruppen bör därför fungera som en kunskapskoordinator och samla in och sprida information om samarbeten till berörda enheter inom stadsdelarna. Den ska alltså föra information mellan stadsdelarna, om exempelvis någon stadsdel har en bra lösning som kan användas i de andra stadsdelarna också.

I insatsgrupperna fattas de flesta beslut rörande samarbetet hemtjänst – hemsjukvård och denna grupp ska exempelvis bestämma om konkreta riktlinjer för att minska gråzonerna, det kan vara tydliga policier för medicinhämtning och delegering. Andra frågor kan vara huruvida mobilnummer till sköterskor eller vårdbiträden ska lämnas ut till den andra parten. Här syns tydligt att de frågor som diskuteras är relativt detaljerade vilket innebär att insatsgrupperna måste vara fokuserade på en specifik relation, i detta fall relationen hemtjänst – hemsjukvård. Insatsgruppens arbete tar avstamp i de problem som finns i den specifika stadsdelen.

Det är dock viktigt att klargöra vad som sker om insatsgruppen inte kan enas i frågor, annars finns risken att samma frågor diskuteras år ut och år in utan att beslut fattas och utan att förbättringar kan skönjas. De frågor som insatsgruppen inte kan komma överens om bör slussas vidare till en lokal samverkansgruppen i varje stadsdel. Den lokala samverkansgruppen är mer övergripande för äldrevård än insatsgrupperna och hanterar frågor rörande alla de olika samarbeten som finns i äldrevården.

Det kan också understrykas att en grundläggande förutsättning för en väl fungerande samverkansorganisation är att det råder tydlighet i vad de respektive beslutsnivåerna har ansvar för. Det ska vara klart vad insatsgruppen beslutar om respektive vilken roll som den lokala samverkansgruppen har. Först när det är tydligt specificerat vilken roll de olika nivåerna har kan grupperna agera fullt ut och syndromet med att viktiga frågor faller mellan stolarna kan minskas.

Gemensam administrativ styrning – tydliga riktlinjer för informationsöverföring

De flesta studier kring samarbeten och styrning betonar vikten av effektiv informationsöverföring mellan de olika enheterna för att samverkan ska fungera väl, och denna studie ger stöd för detta¹⁷. De flesta intervjuade betonar vikten av att information överförs smidigt mellan enheterna och många av de intervjuade beskriver brister i detta. Informationsöverföringen i det dagliga arbete som sköterskor och vårdbiträden utför framstår som viktig för ett väl fungerande samarbete. Två typer av information behöver överföras mellan hemtjänst och hemsjukvård: a) dels en rutinmässig överföring och b) dels en icke-rutinmässig (akutsituationer är exempel på detta) överföring.

Vad gäller den mer rutinmässiga informationsöverföringen så handlar det bland annat om att koordinera gemensamma hembesök, uppdatera av pensionärens tillstånd och medicinförändringar. När denna information ska överföras vet man det ofta en tid i förväg. Regelbundna möten mellan vårdbiträden och sköterskor är en viktig kanal för denna informationsöverföring. En annan del är kontakt via mobiltelefon. Den tredje delen gäller information i den äldres hem. Hemma hos pensionären finns det olika system för hur information överförs. Det som enligt denna studie upplevs fungera bäst är att det dels finns en mapp hos pensionären, dels en dagbok.

Mappen (plastfickan) ska innehålla kontaktuppgifter till ansvarig distriktssköterska och undersköterska från vårdcentralen samt kontaktuppgifter till ordinarie vårdbiträde (n). Här ska också medicinlista stå samt vad respektive part gör hos patienten. Har exempelvis pensionären reumatism eller diabetes så är det sådant som står här då det påverkar hur hemtjänsten kan utföra sina sysslor. Det handlar alltså inte om hela sjukdomshistorien utan det som hemtjänsten måste veta för att kunna utföra sina sysslor. Finns delegering ska det framgå och signeringslista ska då också finnas i mappen. Detta är en trygghet för all personal som jobbar hos pensionären, speciellt helgpersonal kan titta ifall de är osäkra på något. Det är viktigt att informationen uppdateras snabbt om något ändras, exempelvis medicinering eller att en pensionär utvecklat diabetes. Förutom att meddela personal via mobiltelefon eller på mötet ska alltså också informationen uppdateras i mappen. Detta för att all personal, inklusive helgpersonal, ska få tillgång till informationen. Annars är lätt att bara de ordinarie vet att en förändring skett. Det är också en säkerhet för pensionären, behöver pensionären åka akut till

¹⁷ Se exempelvis Håkansson & Lind 2004

sjukhus så kan de ta med sig mappen och doktorn på akutsjukhuset ser vilka mediciner som de får.

I dagboken för både sköterskor och vårdbiträden korta daganteckningar vad som gjorts. Detta är bra för att hålla koll på utvecklingstendenser och för dementa pensionärer. Här kan sköterskor kolla om och vad pensionären har ätit om hon/han har glömt det. Vidare är det bra för helgpersonal som ser vad som ska göras och om exempelvis städning är gjord nyligen.

Vad gäller informationsöverföring för de icke-rutinmässiga situationerna så kan det gälla när det är fel i dosetter, pensionären är akut sjuk och eventuellt behöver åka in till sjukhus eller när det fattas signeringslistor. För att denna information ska överföras smidigt är det viktigt att de båda parterna når varandra enkelt, något som framför allt i stadsdel 1 inte fungerar så bra på flera ställen. Att lämna ut mobilnummer till varandra är en viktig aspekt men det behövs också ett varsitt "akutnummer" hos båda parter där någon alltid svarar. Detta om den person man i första hand vill ha tag på inte är anträffbar, då måste någon annan person kunna lämna besked.

Gemensam administrativ styrning – utveckla tydligare riktlinjer för gråzonerna

Övergripande riktlinjer för samarbetet finns angivet i det centrala samverkansavtalet. Det gäller dock att bryta ner dessa till tydliga och konkreta riktlinjer för de som jobbar på fältet. Det handlar om att minska de gråzoner som samtliga intervjuade beskriver som problematiska och öka klarheten gällande hämtning av mediciner, egenvård, salvor och stödstrumpor. Det måste bli tydligt vem som är ansvarig för vad, gråzonerna skapar onödig irritation mellan vårdbiträden och sköterskor. Dessutom blir det ofta missförstånd i och med att olika personer gör olika saker då de tolkar gråzonerna olika. Arbetet med att minska gråzonerna blir dessutom allt viktigare i tider av besparingar då en risk för övervältring uppkommer. Mycket av gråzonsproblematiken har förut lösts med att vårdbiträden och sköterskor varit flexibla och hjälpt varandra. Detta har blivit svårare och svårare då alla fått mer att göra och trycket på att hålla budget ökat.¹⁸

Ett förslag kan vara att låta vårdbiträden och sköterskor diskutera med varandra eller var för sig vilka gråzoner som finns i samarbetet mellan hemtjänstenhet och vårdcentral. Sedan får de

¹⁸ Jämför Lindholm, 2003

lista förslag på hur förtydliganden kan utformas, vem som är ansvarig för vad och hur det kan lösas på smidigast sätt. Ett annat alternativ är att en arbetsgrupp med några vårdbiträden, undersköterskor, distriktssköterskor går igenom gråzonsproblematiken och kommer med ett förslag till insatsgruppen att ta ställning till. Sedan diskuterar insatsgruppen detta och beslutar om riktlinjer som sedan kommuniceras ner till samtliga inblandade. Genom att insatsgruppen tar beslut i frågor kring gråzoner skapas förutsättningar för att samtliga enheter i stadsdelen agerar på samma sätt. Just enhetlighet är något som vårdcentralerna efterfrågar då de jobbar mot flera hemtjänstenheter. Ett motargument mot att ha tydliga riktlinjer kan vara att det är olyckligt att stöpa alla i en och samma mall och att det i stadsdelarna borde finnas utrymme för variation. Problemet är dock att vårdcentralerna jobbar mot flera olika hemtjänstenheter och det blir ofta missförstånd om det inte är enhetligt. De intervjuade i denna studie poängterar att de vill ha tydligare riktlinjer och att det är bättre för alla om det är lika över hela linjen.

Gemensam administrativ styrning – utveckla resultatriktade styrmekanismer

I det centrala samverkansavtalet finns övergripande målsättningar med samarbeten inom äldreården där det framgår att väl fungerande samarbete ger bättre hushållning med samhällets resurser och bättre kvalitet på vården för pensionärerna. För att få till ett så bra samarbete som möjligt på lokal nivå krävs dock att dessa målsättningar bryts ner till konkreta mål som vårdbiträden och sköterskor kan identifiera sig med och förstår logiken med. Av studien framgår att det inte finns tydliga mål på lokal nivå för samarbetena mellan hemtjänst och hemsjukvård. Detta bör ändras och det är viktigt att engagera chefer, vårdbiträden, undersköterskor och distriktssköterskor i framtagandet av konkreta mål för samarbetet. Att sätta mål, mått och standarder för "arbetet på fältet" görs bäst av de som jobbar där. Vilka konkreta åtgärder ser de för att samarbetet ska fungera bättre? Dessa konkreta åtgärder utgör grunden för de lokala målen.

Detta arbete kan göras i varje enskild relation mellan vårdcentral och hemtjänstenhet eller mer systematiskt organiseras via insatsgruppen. Vårdcentralens personal och hemtjänstenhetens personal kan i ett första steg var för sig skriva ner vilka viktiga mål de ser med samarbetet. Sedan kan detta diskuteras på gemensamma träffar. Det kan handla om att sköterskor ska finnas tillgängliga på mobiltelefon och att hemtjänsten alltid ska informera vårdcentralen när de anställer ny personal som behöver delegering. När man kommit fram till viktiga mål bör man diskutera vad som är en rimlig standard att försöka uppnå. Det kan vara att en delegering

ska vara skriven senast en vecka efter att ett vårdbiträde anställs eller att vårdbiträden och sköterskor ska ha möten minst en gång i månaden. Genom att anpassa målen till vad som är viktigt för varje specifik samarbetsrelation så känner alla inblandade att det är konkreta åtgärder som är genomförbara och som leder till ett bättre samarbete. Detta fungerar motiverande och placerar in samarbetsfrågor som något viktigt.

Det räcker inte att ta fram konkreta målsättningar, mått och standarder på lokal nivå. Ett viktigt steg som ofta glöms bort är att även göra uppföljning. Studien visar att uppföljning inte sker i något systematisk utsträckning för relationen hemtjänst – hemsjukvård. Exempel på uppföljning kan vara: Vi hade målsättning om att hemtjänsten skulle informera vårdcentralen senast en vecka efter att de anställt vårdbiträden som behöver delegering, har detta uppnåtts? Av 10 anställningar, i hur många fall gick informationen fram? Är vi nöjda med resultatet? Vårdbiträden och sköterskor skulle träffas en gång i månaden, sker detta? Dessa är möjliga frågor som kan ställas i en uppföljningsfas. Uppföljningen ger sedan information som ligger till grund för nya mål eller reviderade målsättningar. En viktig del i insatsgruppens arbete blir att få till fungerande och systematiska uppföljningar. De beslut som fattas måste efter lämplig tidsperiod följas upp, annars riskerar insatsgruppens beslut att bara bli något som står i ett protokoll men inte efterlevs. I insatsgruppen kan man komma överens om vem som är ansvarig för återrapportering av respektive beslut och därmed dela upp detta mellan deltagarna. Genom att följa upp kan man också se alla de saker som fungerar bra och därmed få en positiv dialog i gruppen så att mötena inte bara handlar om att klaga på att den andra parten gör fel.

5. Avslutande reflektioner och sammanfattning

Denna rapport startade med ett grundläggande styrproblem: Sven och andra pensionärer behöver vårdinsatser samtidigt som samhället karakteriseras av finansiell resursknapphet. Problemet har därmed en utförandedimension och en finansiell (styr) dimension. Genom att fundera kring detta grundläggande styrproblem framträder ett antal fundamentala systemfrågor. För det första har vi frågan om ägandeskap. Bör privata företag tillåtas utföra vården för Sven och de andra pensionärerna? För det andra, är produktifiering via beställare-utförare, biståndsbeslut och resultaträkningar ett bra sätt att strukturera utförandet av vården för Sven och hans likar? Kanske flexibilitet för pensionärernas individuella behov för stunden är viktigare? I så fall vore det kanske bättre att ge varje utförare en summa pengar att själv planera vården utefter? För det tredje, bör äldreomsorg vara uppdelad på två olika hierarkiska organisationer, landsting och kommun, eller borde allt vara under ett och samma tak?

Dessa fundamentala frågor har inga enkla svar. De kokar ner till grundläggande värderingar om den offentliga sektorns prioriteringar, finansiering och organisering. Mitt råd till praktiken blir därför att inte glömma bort dessa grundfrågor när utförarna kontinuerligt brottas med mer konkreta problem och frågor. Vidare har min avsikt varit att ge ett antal diskussionsuppslag som är relaterade till grundfrågorna. Ett sådant uppslag gäller kvalitet och effektivitet i offentlig-finansierade verksamheter. Jag har argumenterat för att det är svårt att definiera och mäta kvalitet i någon djupare mening i verksamheter såsom äldreomsorgen. Varje pensionär har sin egen upplevelse och det går inte att fånga det man är ute efter med ett kvalitetsmått. Jag har dock rest frågan om hur ”produkten” hemtjänst definieras. En produkt kan definieras antingen som ett antal förutbestämda insatser som ska utföras, eller som ett antal timmar som kan användas till insatser för de äldre efter enhetschefernas och vårdbiträdenas professionella omdöme, eller som en kombination av de båda alternativen.

Som det är nu specificeras bara förutbestämda insatser i biståndsbesluten. I denna studie har det identifierats en spänning mellan standardisering och flexibilitet där vårdbiträdena som befinner sig i pensionärernas hem betonar flexibilitet som viktigt för bra kvalitet på hemtjänsten. Ett sätt att betona vikten av flexibilitet kan vara att införa ospecificerad tid i biståndsbesluten. På så sätt kombinerar ”produkten” flexibilitetstanken med standardiseringstanken.

Ett annat diskussionsuppslag rör uppdelningen av tekniska och personliga aktiviteter, där distinktionen grundar sig i huruvida insatsen innefattar interaktion med pensionären. Tekniska aktiviteter kan styras och förbättras på ett traditionellt sätt, där varje förbättring leder till högre produktivitet. Personliga aktiviteter har dock tid både i täljare och nämnare vilket innebär att produktivetsförbättringar ofta inte uppnås i en djupare mening. Genom att göra en distinktion mellan tekniska och personliga aktiviteter och initialt fokusera produktivetsförbättringarna till de tekniska aktiviteterna kan tid och pengar sparas utan att de personliga aktiviteterna minskar i omfattning.

Slutligen betonades vikten av att utveckla den gemensamma administrativa styrningen för att få till ett väl fungerande samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård. I och med att många insatser kräver koordinering och samarbete blir denna aspekt en viktig del av pensionärens vårdupplevelse. Ett stort ansvar faller på chefer på olika nivåer inom äldrevården. Det kan inte förväntas att vårdbiträden och sköterskor ska lösa alla samarbetsproblem som uppkommer på uppstuds. Jag har lyft fram ett antal gemensamma administrativa styrverktyg som kan bidra till att sätta fokus på samarbetsfrågor. Det handlar om att utveckla en genomtänkt och tydlig organisation för samverkan, utveckla resultatnriktade styrmekanismer och utveckla tydligare riktlinjer för informationsöverföring och gråzoner.

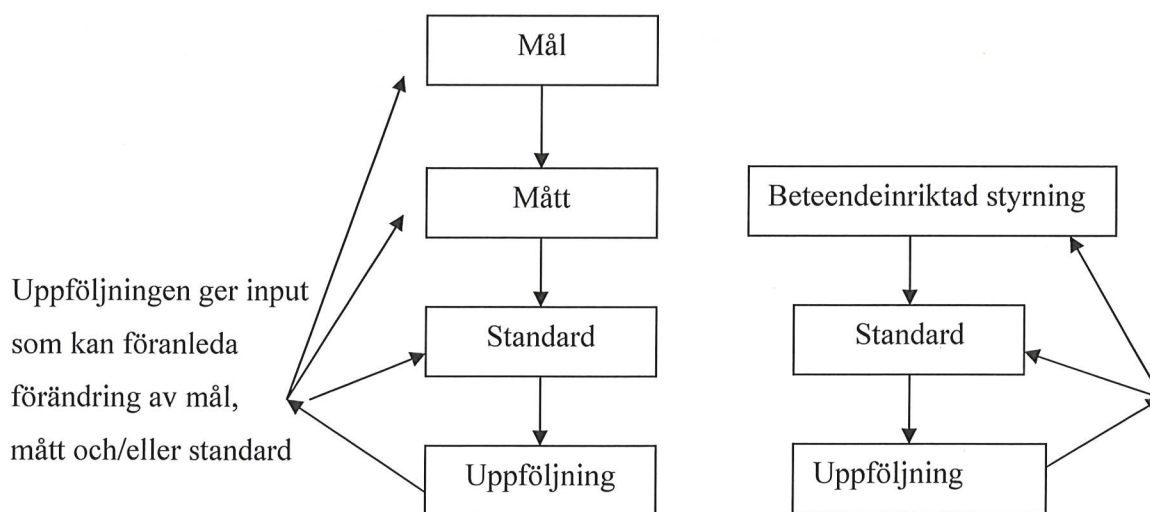
Genom att skapa en tydlig organisation för samverkan kommuniceras det från chefshåll att samarbeten är något som ska prioriteras. Samtidigt medför en tydligare ansvarsfördelning att viktiga frågor inte ramlar mellan stolarna. Genom att jämföra stadsdel 1 och stadsdel 2 framkommer lokala insatsgrupper som viktiga för ett väl fungerande samarbete. Insatsgruppen behandlar de frågor som rör relationen hemtjänst – hemsjukvård och den relationen får då det fokus och den prioritet som krävs. Regelbundna möten mellan vårdbiträden och distriktssköterskor är en annan viktig kugge i organisationen för samverkan. Vidare är det viktigt att tydliggöra vilken grupp som fattar beslut i olika frågor samt tydliggöra vem som är ansvarig för vad.

Resultatnriktad administrativa styrning går ut på att mäta och övervaka utfallen av verksamheten och beteenden. Fokus på utfall i styrning har länge varit viktigt både internt i organisationer och i relationer¹⁹. Organisationer som samarbetar behöver ofta känna att

¹⁹ Hood 1991

samarbetet ger ett mervärde och detta kräver ofta att det specificeras hur detta mervärde ska mätas²⁰. Det handlar till stor del om att sätta upp mål och mått för samarbetet och sedan se huruvida dessa uppfylls²¹. Studien visar att resultatriktad administrativ styrning inte används i någon större utsträckning i samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård. De övergripande målen från den centrala samverkansgruppen har inte brutits ner till lokala mål som enheterna kan identifiera sig med. Detta är något som kan förbättras och hemtjänst och hemsjukvårdspersonal bör involveras i framtagandet av lokala målsättningar och mått för samarbetet.

Beteendeinriktad administrativ styrning specificerar hur vårdbiträden och sköterskor ska agera och följer sedan upp huruvida parterna agerar enligt vad som specificerats. Studien visar på en stor potential att förbättra riktlinjerna för informationsöverföring och gråzoner. När väl riktlinjerna är utformade bör cheferna följa upp huruvida de efterlevs, så att inte riktlinjerna bara blir en pappersprodukt. Nedanstående figur 4 sammanfattar de delar som bör ingå för att få en väl fungerande resultatriktad och beteendeinriktad administrativ gemensam styrning.



Figur 5.1 De olika delarna i utfalls- och beteendeinriktad gemensam administrativ styrning

Det är vidare viktigt att vara tydlig vem eller vilka som är ansvariga för de respektive delarna i ovanstående figur. Vilka ska exempelvis formulera de lokala målen för samarbetet, är det

²⁰ Tomkins 2001

²¹ Das & Teng 2001

insatsgruppen eller sköterskor och vårdbiträden under en temadag? Vem bestämmer de riktlinjer som gäller, är det den centrala samverkansgruppen, den lokala samverkansgruppen eller insatsgruppen, eller är de olika beroende på vilken typ av riktlinje det gäller? Vem ser till att målen blir konkreta mått som kan mätas och vem bestämmer vad som är en rimlig standard att uppnå? Slutligen, vem är ansvarig för att följa upp huruvida samarbetet fungerar i enlighet med de målsättningar som finns och hur återförs denna uppföljning så att samarbetet kan utvecklas.

Det kan också understrykas att olika styrmekanismer kan förstärka varandra. Arbetet med att ta fram lokala konkreta mål, mått och standarder gör att hemtjänst och hemsjukvård träffas och diskuterar samarbetsfrågor. Detta kan förbättra den gemensamma professionella styrningen mellan de båda parterna och på så vis också förbättra samarbetet genom att värderingar, normer och en gemensam kultur som betonar betydelsen av samarbete skapas. Studien visar att hemtjänst respektive vårdcentral ofta ser till sitt eget bästa istället för helheten. Det gäller att fokusera på att tydliggöra ansvar men också att det är en total vårdkedja där de olika enheterna är olika kuglar och alla måste se till helheten och då blir samarbeten viktiga. Genom att cheferna kräver att vårdbiträden och distriktssköterskor har möten och diskuterar samarbetsfrågor eller gemensamma utbildningsdagar kan en gemensam kultur (professionell styrning) byggas där alla får mer av ett helhetsperspektiv. Det handlar om att skapa en vi-känsla istället för vi och dem.

6. Referenser

- Abernethy, M.A. & Chua, W.F., (1996), "A field study of control system redesign: the impact of institutional processes on strategic choice", *Contemporary Accounting Research*, 13, 569-606.
- Abernethy, M.A. & Stoelwinder, J.U., (1995), "The role of professional control in the management of complex organizations", *Accounting, Organizations and Society*, 20, 1-17.
- Anthony, R.N. & Young, D.W., (1988), "*Management Control in nonprofit organisations*", Homewood: Richard D. Irwin.
- Boyne, G., Kirkpatrick, I., Kitchener, M., (2001), "Introduction to the symposium on new labour and the modernization of public management", *Public Administration*, 79, 1-4
- Charpentier, C., (2004), "*Kundvalets effekter och funktionssätt*", EFI Working Paper 2004:1, Handelshögskolan i Stockholm
- Das, T. K., & Teng, B-S., (2001), "Trust, control and risk in strategic alliances: an integrated framework", *Organization Studies*, 22, 251-283
- Deakin, N., (2002), "Public-Private Partnerships, a UK Case Study", *Public Management Review*, 4, 133-147
- Dekker, H.C., (2004), "Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements", *Accounting, Organization and Society*, 29, 27-49.
- Hood, C. C., (1991), "A public management for all seasons?", *Public administration*, 69, 3-19
- Hood, C. C., (1995), "The "new public management" in the 1980s: variations on a theme", *Accounting, Organization and Society*, 20, 93-119
- Hopwood, A.G., (1983), "On trying to study accounting in the contexts in which it operates", *Accounting, Organizations and Society*, 8, 287-305.
- Håkansson, H. & Lind, J., (2004), "Accounting for network coordination", *Accounting, Organization and Society*, 29, 51-72.
- Johansson, R., & Borell, K., (1999) "Central steering and local networks: Old-age care in Sweden", *Public Administration*, 77, 585-599
- Kraus, K., (2007), "*Sven, inter-organisational relationships and control – a case study of domestic care of the elderly*", EFI, doktorsavhandling, Handelshögskolan i Stockholm
- Kraus, K. & Lind, J., (2007), "Management control in inter-organisational relationships", i: Hopper, T., Northcott, D. & Scapens, R., (red.), *Issues in Management Accounting*, 3rd edition, Prentice Hall.
- Langfield-Smith, K. & Smith, D., (2003), "Management control systems and trust in outsourcing relationships", *Management Accounting Research*, 14, 281-308.

- Lind, J., (1996), "*Ekonomistyrning och verksamhet i utveckling. Ekonomiska rapporters utformning och användning när verksamheten flödesorienteras*", Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet (akademisk avhandling).
- Lindholm, C., (2003), "*Ansvarighet och redovisning i nätverk*", Uppsala: Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet (akademisk avhandling).
- Llewellyn, S., (1998a), "Boundary Work: Costing and Caring in the Social Services", *Accounting, Organizations and Society*, 23, 23-47.
- Llewellyn, S., (1998b), "Pushing budgets down the line: ascribing financial responsibility in the UK social services", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 11, 292-308.
- Merchant, K., (1985), "*Control in business organizations*", Massachusetts: Pitman.
- Nordström, M., (2000), "*Hemtjänsten. Organisering, myndighetsutövning, möten och arbete*", Lund: Studentlitteratur.
- Olson, O., Guthrie, J. & Humphrey, C., (1998), "International experiences with New Public Financial Management (NPFM) reforms: New world? Small world? Better world?", i: Olson, O., Guthrie, J. & Humphrey, C., (red.), *Global warning – debating international developments in new public financial management*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as, 17-48.
- Olson, O. & Sahlin-Andersson, K., (2005), "Public sector accounting reforms in a welfare state in transition. The case of Sweden", i: Guthrie, J., Humphrey, C., Jones, L.R. & Olson, O., (red.), *International Public Financial Management Reform, Progress, Contradictions and Challenges*, Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing, 223-245.
- Ouchi, W.G., (1979), "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms", *Management Science*, 25, 833-848.
- Sola, M. & Prior, D., (2001), "Measuring productivity and quality changes using data envelopment analysis: an application to Catalan hospitals", *Financial Accountability & Management*, 17, 219-245.
- Tomkins, C., (2001), "Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks", *Accounting, Organization and Society*, 26, 161-191
- Östman, L., (1993), "De vertikala och horisontella styrprocessernas betydelse för den ekonomiska effektiviteten", i: Samuelson, L.A. & Östman, L., (red.), *Redovisningens roller*, Stockholm: EFI, 220-236.
- Östman, L., (2006), "*The long range dynamics of financial control: the Royal Dramatic Theatre and its costs during a century*", SWOBA, Handelshögskolan i Stockholm.