



**Arbetsrapport 46:2024**

# **Nära vård, omsorg och socialtjänst**

**Multidisciplinära arbetssätt och team - intervjuomgång 2**

Deborah Gestrin

Britt-Marie Jutvik

Emelie Ottosson

**FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete  
Kommunerna i Boxholm, Kinda, Linköping, Mjölby, Motala, Vadstena,  
Ydre, Åtvidaberg och Ödeshög**

ISSN 1651-0232

© Författarna & FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun  
Linköping 2024

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>6</b>
1.1. Vad vet man om nära vård, omsorg och socialtjänst? .....	8
1.2 Definition av multidisciplinära arbetsätt och team .....	9
1.3 Metod och metodreflektioner .....	9
1.3.1 Reflektioner över metoden .....	11
<b>2. Beskrivning av teamen</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Resultat</b> .....	<b>15</b>
3.1 Samverkan .....	15
3.2 Personcentrering .....	17
3.3 Individens delaktighet .....	18
3.4 Kompetens och kunskap .....	22
<b>4. Diskussion</b> .....	<b>27</b>
4.1 Samverkan .....	27
4.2 Personcentrering .....	28
4.3 Delaktighet .....	28
4.4 Kunskap och kompetens .....	29
4.5 Digitalisering .....	29
4.6 Slutord .....	30
<b>Referenser</b> .....	<b>31</b>
Bilaga 1. Intervjuguide för fokusgruppintervju .....	32
Bilaga 2. Översikt av teamen som intervjuats .....	34

# Sammanfattning

Denna rapport beskriver genomförande och resultat av den andra kvalitativa intervjuomgången med multidisciplinära team inom vård, omsorg och socialtjänstens verksamheter i Östergötland.

I den här studien bygger vi vidare från studien som redovisats i arbetsrapport 39:2023, Nära vård, omsorg och socialtjänst. Multidisciplinära team (Gestrin, Jutvik, Ottosson & Sjögren, 2023). Resultaten i föreliggande rapport bygger på en andra intervjuomgång med samma multidisciplinära team, två av teamen har dock avböjt deltagande. Fokusgruppsintervjuer har genomförts genom att varje multidisciplinärt team har fått föra en dialog kring citat hämtade från den första intervjuomgången.

Studien är en del av en FoU-satsning inom området nära vård, omsorg och socialtjänst. En satsning som innehåller följeforskning såväl som innovationsarbete i syfte att ge ett kunskapsbaserat stöd till kommunerna i deras omställningsarbete mot nära vård, omsorg och socialtjänst. Huvudområden i satsningen som helhet handlar om att utveckla kunskap om samverkan, personcentrering, individens delaktighet, kompetens och kunskap samt digitalisering inom socialtjänstens olika verksamhetsområden.

I denna rapport ligger fokus på området samverkan i multidisciplinära team där deras arbetsätt är en form av samverkan där olika professioner och organisationer arbetar kontinuerligt tillsammans under en längre period. Studien utgår från ett medarbetarperspektiv och fokuserar på verksamheter som möter enskilda individer i sitt dagliga arbete.

Syftet med studien är att ge deltagarna möjlighet att lyfta blicken och reflektera kring andra multidisciplinära teams utmaningar och styrkor för att kunna applicera det i sin egen verksamhet eller hitta lösningar på utmaningar som andra står inför. Ett annat syfte är att ta tillvara på erfarenheter från personer som arbetar i multidisciplinära team och hur kunskapen kan användas i det fortsatta omställningsarbetet mot en nära vård, omsorg och socialtjänst.

Resultatet visar att kunskapen om nära vård, omsorg och socialtjänst är fortsatt låg inom socialtjänstens verksamheter, men vi har ändå sett en viss förändring sedan första intervjutillfället som ligger till grund för den första arbetsrapporten (Gestrin, Jutvik, Ottosson & Sjögren 2023). Förändringen vi har sett handlar om att personer i ledningsfunktion i de multidisciplinära teamen nu har mer kunskap och kännedom om nära vård, omsorg och socialtjänst. Det finns fortfarande lite kunskap om nära vård, omsorg och socialtjänst hos medarbetarna i de multidisciplinära teamen.

Flera av teamen har beskrivit att samverkan bidrar till att arbetet blir mer effektivt ur olika perspektiv och de upplever att ju fler professioner desto bättre samverkan inom teamet. De ser även nytta av att kunna använda sig av varandras nätverk.

Resultaten i den här rapporten stämmer bra överens med den första rapporten om multidisciplinära team, däremot har nya resultat framkommit inom samtliga fem områden.

- Samverkan; det finns en skillnad i att arbeta i yrkesspecifika team och i multidisciplinära team. Båda teamen ansågs viktiga men uppfyller olika funktioner.
- Personcentrering; det är skillnad mellan multidisciplinära team och ordinär verksamhet i hur det möjliggör för professionerna att kunna arbeta personcentrerat.

- Delaktighet; insatser som individen får genom myndighetsbeslut kräver mer arbete från de som fattar beslutet men även de som ska utföra insatsen för att skapa möjlighet till delaktighet.
- Kunskap och kompetens; det är en balansgång att arbeta i multidisciplinära team, att kunna vara gränsöverskridande men inte gränslösa avseende sin profession.
- Digitalisering sågs som en av nycklarna för omställningen till NVOS. Sekretessen relaterat till digitalisering är inget hinder för samverkan men det krävs en del extra arbete för att det ska fungera.

# 1. Inledning

Omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst (NVOS) har startat i kommuner och regioner i Sverige med syftet att göra vården mer personcentrerad, tillgänglig och anpassad efter individens behov. Tanken är att primärvården är navet, vilket innefattar såväl kommunal som regional primärvård och att nya arbetssätt ska leda till att resurserna kan användas bättre (Sveriges kommuner och regioner 2023). Detta berör också socialtjänstens andra verksamheter i hög grad. Vi blir fler som är i behov av vård och stöd samtidigt som vi blir färre som är arbetsföra, det vill säga den demografiska utmaningen som berör hela Sverige. Det innebär att välfärden behöver ändra arbetssätt och förhållningssätt som ska utgå från individen, ett personcentrerat arbetssätt. Detta förhållningssättet förutsätter samarbete mellan professioner och verksamheter både inom kommunen men också utanför kommunens verksamheter. Multidisciplinära team som samverkar med externa verksamheter torde arbeta i enlighet med nära vård och är en intressant grupp att följa för att se vilka styrkor och utmaningar de står inför och därför är det multidisciplinära team vi valt att följa. Vi valde att intervjua åtta team vid första intervjutillfället och sex team vid andra intervjutillfället. Som grund för vår intervjuguide valde vi att använda de fem fokusområden som framkom i kunskapsöversikten av Sjögren och Helgstrand (2022). Där går att läsa att personcentring och samverkan är viktiga huvudområden för utveckling men att också medborgares delaktighet, digitalisering samt kompetens och kunskap hos de som arbetar närmast individen som behöver insatsen samt ledningen är viktiga delar.

Samtliga kommuner i Östergötland har gjort en gemensam FoU-satsning för att följa och stödja kommunernas arbete med omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst. Innehållet i FoU-satsningen har tre huvudsakliga delar vilka är kunskapsstöd, följeforskning samt innovationsarbete. I följeforskningen samlas kvantitativ och kvalitativ baslinjedata in löpande och tre parallella studier har utformats för att belysa olika perspektiv vilka är:

- 1) En enkätundersökning till första linjens chefer inom åtta olika verksamhetsområden undersöker identifierade fokusområden för omställning mot nära vård, omsorg och socialtjänst.
- 2) Multidisciplinära arbetssätt studeras genom kvalitativa fallstudier inom samma åtta verksamhetsområden.
- 3) Brukarorganisationers upplevelse av delaktighet i mötet med socialtjänsten och verksamhetsutveckling studeras kvalitativt och interaktivt.

FoU-satsningen har haft en bred ansats med alla kommuner i Östergötland och inom alla avsocialtjänstens verksamhetsområden som omfattar barn- och ungdomsvård, socialpsykiatri, missbruksvård, äldreomsorg, stöd till funktionshindrade, ekonomiskt bistånd, våld i nära relation samt kommunal hälso- och sjukvård och det är viktigt att omställningen till en mer Nära vård och omsorg bedrivs inom samtliga områden.

I arbetsrapport 39:2023, Nära vård, omsorg och socialtjänst. Multidisciplinära arbetssätt och team (Gestrin, Jutvik, Ottosson & Sjögren 2023) fokuseras det på området samverkan och där beskrevs hur multidisciplinära arbetssätt och multidisciplinära team fungerar när de arbetar tillsammans under en längre period. Den studien fokuserade på medarbetarperspektivet i verksamheter som möter enskilda individer dagligen. Syftet med den studien var att undersöka hur multidisciplinärt arbete inom socialtjänstens verksamheter utförs och organiseras i

individnära verksamheter i Östergötland. Ytterligare ett syfte med den studien var att utveckla en fördjupad kunskap i hur multidisciplinärt arbete i team kan ge förutsättningar för nära vård, omsorg och socialtjänst i Östergötland.

De huvudsakliga slutsatserna i den första rapporten var att arbete i ett multiprofessionellt team ger möjligheter till att arbeta med helheten kring individen på så vis att olika professioners perspektiv och kunskap breddar bilden av individens komplexa situation. Personer som arbetar i multidisciplinära team uppskattar också att arbetssättet ger ökat utrymme till flexibilitet och möjligheter till att anpassa arbetet utifrån individens önskemål och behov. Den största utmaningen som framkom i den första rapporten var när samverkan behövde ske utanför teamet som till exempel med regionens hälso- och sjukvård samt med kommunens socialtjänst. Det gällde inte bara samverkan och samsyn kring individärenden utan också i praktiska frågor som lokaler, informationsflöden samt avtal.

Denna arbetsrapport tar avstamp i den första rapporten gällande multidisciplinära arbetssätt men i denna intervjuomgång har varje multidisciplinärt team fått i uppdrag att reflektera kring citat. Citaten är tagna från vad deltagarna från de multidisciplinära teamen beskrev i anslutning till följande teman: samverkan, personcentrering, delaktighet, kompetens och kunskap samt digitalisering vid den första intervjuomgången. Syftet har varit att undersöka om det finns liknande hinder eller styrkor samt att se om det går att finna lösningar på utmaningar, antingen i sin egen verksamhet eller hur utmaningar i en annan verksamhet leder till utmaningar i det egna multidisciplinära teamet eller verksamheten. Den här rapporten syftar till att fördjupa och utveckla kunskapen om arbetet i multidisciplinära team och specifikt fokus på omställning till nära vård, omsorg och socialtjänst samt att ge teamen möjlighet att reflektera kring sina och andra verksamheters möjligheter och utmaningar fast i olika kontexter.

För att uppfylla syftet har vi denna intervjuomgång valt att genomföra fokusgruppsintervjuer med sex av de åtta multidisciplinära teamen som vi intervjuade vid förra intervjuomgången. Även denna rapport är en delrapport och resultaten kommer därför till största delen vara deskriptiva och ge en inblick i hur deltagarna i teamet uppfattar att arbeta i multidisciplinära team. Sammanvägda resultat och slutsatser från alla tre studier som är genomförda i FoU-satsningen NVOS kommer att redovisas i en antologirapport.

I nästa avsnitt kommer det beskrivas om det skett någon förändring gällande vad intervjupersonerna vet om nära vård, omsorg och socialtjänst, fortsättningsvis benämnt NVOS. Efter det ger vi en beskrivning av begreppet multidisciplinärt arbetssätt och multidisciplinära team. I slutet av detta första kapitel redogör vi för hur studien har genomförts under rubriken metod samt reflekterar över de val av metoden som vi använde.

Innan resultatredovisningen har vi en del som ger en beskrivning av de 6 team som deltog vid denna omgång av intervjuer. I resultatredovisningen presenteras resultat från intervjuerna tematiskt efter de fem olika områden som låg till grund för fokusgruppintervjuerna.

## 1.1. Vad vet man om nära vård, omsorg och socialtjänst?

Denna studie är en del i en satsning för att belysa omställningen till nära vård ur ett socialtjänstperspektiv. De team som vi har intervjuat arbetar alla i multidisciplinära team fast i olika verksamhetsområden inom socialtjänsten. Vid första intervjutillfället, våren 2022, svarade de flesta i teamen att de inte visste något om nära vård eller att de endast hört orden nära vård utan förståelse för innebörden. När andra omgången av intervjuerna genomfördes, våren 2023, ställdes åter samma fråga om vad de vet om nära vård. De flesta deltagarna i de multidisciplinära teamen beskriver att deras kunskap om nära vård, omsorg och socialtjänst fortsatt är låg och att det inte har skett någon större förändring sedan det förra intervjutillfället men en del personer beskriver att man fått upp ögonen för omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst den närmsta tiden. För de deltagare i teamet som arbetar i ledningsnivå beskrivs att man har hört mer om nära vård, omsorg och socialtjänst sedan senaste intervjutillfället och några som arbetar i teamen beskriver en förändring i arbetssätt mot mer nära vård, omsorg och socialtjänst. Det framkommer att en del av deltagarna i teamen kan se att arbetssätt förflyttas så att det är mer i linje med konceptet nära vård, omsorg och socialtjänst. Exempelvis nämner ett team att de har närmat sig vårdcentraler och deras äldreomsorg för att lättare kunna kroka arm på olika sätt, vilket visar på hur samverkan ökar kommunernas möjlighet att utföra vård och omsorg i enlighet med nära vård, omsorg och socialtjänst.

En annan aspekt som framkom under analysen av intervjumaterialet är att kännedom och information om omställningen till Nära Vård är mer känt inom regionen än inom kommunal socialtjänst. De team där både kommun och region arbetar tillsammans uttryckte intervjupersoner att regionen mer regelbundet, på APT och andra möten, talade om nära vård än vad som gjordes på kommunen. Det har även skett en viss förändring då det från början endast var den strategiska ledningen i kommunerna som talade om nära vård, omsorg och socialtjänst. Idag har även myndighetsutövare och chefer inom teamen mer kännedom medan övriga teammedlemmar fortsatt inte känner att de har kunskap eller bra kännedom om omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst.

Jag tänker nära vård liksom det är mer omtalat i dag än för ett år sedan nu pratar alla om det här man har fått upp ögonen för det men det är ju tror jag fler och fler tycker att det är bra eller liksom att vården ska komma till personen istället för att personen ska komma och hålla på att ha vård på flera olika ställen eller vad jag ska säga vi kommer dit. Jag har inte hört något negativt om det på det sättet utan mer vardags snack i dag förut var det något oh vad är det här Nära vård? Det var lite längre bort nu är det nu är det mer Nära.

(Gruppledare, team 2)

Sammanfattningsvis kan vi se att det skett en viss förändring gällande kunskap om vad nära vård, omsorg och socialtjänst är för något sedan kunskapsöversikt och första intervjutillfället som resulterade i en rapport. (FoU-rapport 87:2022, Arbetsrapport 39:2023) Förskjutningen är att nära vård, omsorg och socialtjänst nu är något som fler än bara chefsledning i kommunerna känner som ett begrepp. Det är något som flera av de anställda i kommunerna har hört talas om på arbetsplatsträffar eller planeringsdagar. Trots att det går att se en utveckling i kunskap eller vetskap om nära vård, omsorg och socialtjänst inom vissa områden är det ett arbete som behöver fortgå under en lång tid framöver och något som ständigt behöver förbättras och vidareutvecklas. I nästa stycke kommer en förklaring eller definition av hur vi använder begreppet multidisciplinära team och arbetssätt.



## 1.2 Definition av multidisciplinära arbetsätt och team

I denna studie har vi på samma sätt som i den förra studien utgått ifrån Axelsson & Bihari Axelssons bok om samverkan från 2013. Där anges definitionen av begreppet multidisciplinära team till att olika professioner och organisationer arbetar kontinuerligt tillsammans under en längre period. Det handlar om en grupp av individer från olika professioner med kompletterande kunskaper och erfarenheter. Olika begrepp kan användas beroende på hur täta kontakterna är och hur beroende de är av varandra (s.24). Det handlar alltså om samverkan över professionsgränser såväl som organisationsgränser där en viktig aspekt är att samverkan sker över en längre period. Multidisciplinära team, enligt vår användning av begreppet, kan således innefatta samverkan mellan olika professioner/yrkesgrupper inom och mellan en eller flera organisationer. En annan avgränsning som vi valt att göra är att det också handlar om multidisciplinära team som möter enskilda individer i sitt dagliga arbete. De olika medlemmarna i teamen har varierande benämningar på de individer som de möter i sitt arbete som till exempel brukare, kund, patient eller pensionär för att nämna några. Vi kommer i denna rapport att genomgående hänvisa till individer när vi skriver om representanter för målgrupperna för teamens arbete. I de fall där det handlar om citat från intervjuerna kan dock andra begrepp förekomma.

## 1.3 Metod och metodreflektioner

I det här avsnittet beskriver vi de metoder vi använt oss av i studien av multidisciplinära team som består bland annat av två intervjutillfällen. Det första tillfället var under hösten 2022 och det andra tillfället var våren 2023. Vi kommer även redogöra för varför vi valt två olika intervju-metoder vid dessa tillfällen.

På samma vis som vid första intervjutillfället använde vi oss av en enkät som medarbetarna i de multidisciplinära teamen fick besvara inom kategorier som teamets engagemang, ledningens engagemang, att göra individen delaktighet, tillgång till resurser, andra parter engagemang, samsyn kring arbetssätt, kunskap om samverkansparter, parternas regelverk harmonierar, informationsflöde mellan parterna samt förutsättningar för personcentrering.

Enkäten visar på att de multidisciplinära teamen i hög grad tycker att de lever upp till dessa kategorier. I första enkäten skattade de sin verksamhet högt och i den andra enkätomgången kunde ingen större skillnad ses. Varje multidisciplinärt team fick ut ett spindeldiagram av resultatet för att kunna reflektera till vid senare tillfälle och det var därför inget som diskuterades i någon större utsträckning under den andra intervjun.

I intervjuomgången som utfördes våren 2023 valde vi att använda oss av fokusgruppsintervjuer till skillnad från den första intervjuomgången som genomfördes hösten 2022 där vi använde metoden gruppintervju. Det som skiljer en fokusgruppsintervju från en gruppintervju är att den bygger på dialog kring ett visst tema. Ett utvalt citat från varje tema hade tagits ut från det första intervjutillfället och citatet låg till grund för dialogerna vid fokusgruppsintervjuerna. Vid dessa intervjuer ville vi se samspel mellan individer som arbetar i ett multidisciplinärt team och därför ansåg vi att risken med att inte alla säger det de tänker på var mer sekundärt för oss vid denna intervju. Fokus vid den första intervjuomgången var att få kunskap om medarbetares kunskap och erfarenhet av att arbeta multidisciplinärt. Fokus vid den andra intervjuomgången var att generera ökad och fördjupad kunskap till teamen samt att se om teamarbetets fördelar går att applicera på andra områden inom socialtjänsten.

Båda intervjuomgångarna har genomförts med multidisciplinära team inom områdena: barn och ungdomsvård, missbruk och beroendevård, äldreomsorg, kommunal hälso- och sjukvård, funktionshinderområdet och LSS, socialpsykiatri, ekonomiskt bistånd och våld i nära relationer. Det finns en spridning i storlek på kommunerna men gemensamt är att de alla ligger i Östergötland. I intervjuomgång två har vi valt att använda oss av samma urval. Ett av teamen har avslutats och ett team tackade nej till ytterligare deltagande, därmed återstod sex team som intervjuades. I några av teamen har personer byts ut men professionerna är densamma i respektive team.

Vid båda intervjutillfällena fick de multidisciplinära teamen information om de etiska principerna för god forskningssed vad gäller samtycke, användning, konfidentialitet i rapportering och hantering av data.

När vi träffade teamen vid andra tillfället för att genomföra fokusgruppsintervjun avsattes även tid för att återkoppla resultaten från intervjuomgång nummer ett. Detta gjordes efter att själva intervjun var avslutad och materialet har därför inte bearbetats men vi som intervjuade är överens om att de multidisciplinära teamen förde intressanta dialoger och att nära vård, omsorg och socialtjänst är ett ämne som engagerar medarbetarna då det bryts ner i teman och appliceras i verksamheten.

Vid intervjun ställde en medforskare frågor enligt intervjuguiden (se bilaga 1. intervjuguide fokusgruppintervju) samt förutbestämda följdfrågor till de utvalda citaten för att få teamet att reflektera kring ämnet i ett större perspektiv än till sitt eget multidisciplinära team. Vi valde att vara två intervjuare som hjälptes åt vid fokusgruppsintervjuerna, en person hade det övergripande ansvaret och ledde intervjun medan den andra personen hade en funktion som medhjälpare. Tidsåtgången för varje intervju var cirka en timme. Det inspelade materialet transkriberades ordagrant av medforskare som var med på intervjun i alla intervjuer utom en. På grund av tidsbrist kunde transkriberingen inte göras av de medforskare som höll i intervjun. De läste igenom transkriberat text och justerade vem som sa vad efter att transkriberingen var gjord. Intervjupersonens namn samt kommun och verksamhet har avidentifierats. Materialet har bearbetats med tematisk analys utifrån områdena samverkan, personcentrering, delaktighet, digitalisering, kompetens och kunskap. Efter den första sorteringen användes tillvägagångssättet som Braun och Clarke (2006) anger för tematisk analys.

Tabell 1. Analysarbetets faser enligt Braun och Clarke (2006, s. 87)

<b>Analysarbetets faser</b>	<b>Hur vi gjorde</b>
Fas 1. Att bekanta sig med sina data	Alla författare läste igenom materialet som helhet på egen hand.
Fas 2. Att generera inledande koder	Här har vi arbetat med koder framtagna från första intervjumaterialet våren 2022. Dessa koder var samverkan, personcentrering, delaktighet, digitalisering, kompetens och kunskap.

Fas 3. Att leta efter teman	I denna fas har medforskarna arbetat med att se skillnader från första och andra intervjutillfället för att fördjupa förståelse av ett multidisciplinärt arbetssätt under varje teman.
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 1.3.1 Reflektioner över metoden

När vi träffade teamen för andra gången var det samma professioner i teamen men i de flesta teamen hade någon eller några teammedarbetare bytts ut men trots det visade spindel-diagrammen som skickats ut innan intervjun ett högt resultat av nöjdhet. Vår upplevelse var att teamens arbetsglädje och vi-känsla var lika hög som när vi träffade dem första gången våren 2022. Utifrån den andra omgången av intervjuerna med teamen kan vi konstatera att multidisciplinära team kan vara framgångsfaktor för omställningen i arbetet med NVOS.

Efter första omgången av intervjuerna var vår uppfattning att det var engagerade team som hade lätt att prata om sitt arbete och sin målgrupp som hade valts ut. För att lättare kunna föra nästa intervju framåt valdes en mer strukturerad intervju med samma team som vid första intervjutillfället. Vi ville fördjupa kunskapen samt även bidra med att ge teamen kunskap och reflektion kring att arbeta i team kopplat till omställningen NVOS. Vi valde citat kopplat till varje tema som skulle diskuteras och tidsbegränsade diskussionerna. Tanken var att teamen skulle få en möjlighet att titta på multidisciplinärt arbetssätt ur ett större perspektiv än sitt eget team. Detta var en utmaning eftersom teamen lätt hamnade tillbaka i sitt eget arbetssätt och egna klienter vilket är förstäligt då det är där de kan hämta sin inspiration. Det strukturerade sättet att intervjua hade en möjlighet att styra deltagarna så att de kunde höja blicken från sin egen verksamhet och reflektera i andra kontexter.

Några av teamen hade synpunkter på metoden vid intervjutillfället. Ett team ville att vi skulle läsa citaten och något team tyckte det var enklare när vi ställde direkta frågor som vi gjorde vid första intervjutillfället. En reflektion vi gjorde i efterhand var att vi kunde ha varit tydligare med informationen till teamen innan fokusgruppsintervjuerna kring tillvägagångssättet. Det var sex stycken fokusgruppsintervjuer, efter första intervjun fick medforskarna med sig teamets feedback gällande metoden och försökte att vara tydligare i de resterande intervjutillfällena. Några synpunkter som framkom var att det var svårt att läsa vissa av citaten då de var långa och innehöll talspråk och förkortningar som upplevdes svåra att begripa. Detta ledde till att förståelsen för vad teamet skulle resonera kring försvårades och det uppstod frågor innan dialogerna kom igång. För de som intervjuade var citaten nära kopplade till nära vård, omsorg och socialtjänst och eftersom de arbetat med materialet var citaten självklara men i team som inte känner till nära vård, omsorg och socialtjänst i så stor utsträckning blev det mer oklart.

Efter själva fokusgruppsintervjun fick teamen en presentation av NVOS arbete hittills och av de delar som pågått i projektet samt de resultat som framkommit så långt. (3, Arbetsrapport 37:2022, Arbetsrapport 39:2022 och Arbetsrapport 43:2023) Vi själva reflekterade över att det var synd att detta inte var med på inspelningen då det blev många bra resonemang mellan deltagarna om resultaten. Ett exempel på det var när teamen fick höra resultatet från vad som framkommit i en annan studie med fokus på samverkan mellan kommuner och brukarorganisationer (Berlemo & Helgstrand 2023). I den framkommer att individerna med insatser upplever låg grad av personcentrering, delaktighet och samverkan, medan de som arbetar med individerna upplever att det arbetas i hög grad personcentrerat, med delaktighet

och i samverkan. Hade detta spelats in hade det kunnat vara en del av resultatet men vår grundtanke med att presentera NVOS-resultat var att det skulle vara en del av spridningen av arbetet inom FoU-satsningen på nära vård, omsorg och socialtjänst.

Under intervjuerna observerade vi att när teamen diskuterade det första och andra området eller citaten, var de mindre aktiva och engagerade än de var när de diskuterade det tredje och fjärde området citatet. Vi tror att det kan ha varit av olika anledningar, en anledning kan vara att det var otydligt för teamen hur upplägget för intervjun var och att de senare i intervjun kom in i metodens upplägg. Ytterligare en anledning kan vara att de upplevde att det tredje och fjärde citatet var mer relevanta och intressanta. Vi kunde inte fastställa orsaken till denna skillnad, men vi noterade att det fanns mer data att analysera från de tredje och fjärde områdena eller citaten. Därför är resultaten från dessa områden mer utförliga i rapporten.

## 2. Beskrivning av teamen

Här kommer en beskrivning av de team som intervjuades vid denna intervjuomgång för att fördjupa förståelsen av det multidisciplinära teamets möjligheter i införandet av nära vård, omsorg och socialtjänst i en kommunal kontext. Två team deltog inte sedan de inledande intervjuerna som ligger till grund för arbetsrapport 39:2023 Nära vård, omsorg och socialtjänst. I beskrivningen av respektive team anger vi kommunstorlek, målgrupp, typ av samverkan, deltagande professioner/yrkesgrupper samt aktörer (huvudman). Vi har dock valt att inte ange vilken kommun teamen representerar. En översiktlig sammanställning av beskrivningen som följer finns även i tabellform (se bilaga 2).

### Team 1

Detta är ett kommunalt team i en mellanstor kommun. Målgruppen för teamet är till största delen äldre individer som skrivs ut från slutenvården eller korttidsplats och ska till ordinärt boende. Det kan även vara individer som har en ohållbar situation i hemmet och behöver en samordning av insatser innan den ordinarie hemtjänstgruppen kan ta över. Teamet består av olika yrkesgrupper såsom biståndsbedömare, undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor från olika avdelningar inom samma kommun. Både utförare och myndighet finns representerade i teamet. Medarbetarna i teamet har olika chefer. Teamet utgår från samma geografiska plats och har dagliga avstämningar. De har nyligen fått in biståndsbedömare i teamet. Detta team började som ett projekt men har nu etablerats i kommunens verksamhet.

### Team 2

Detta är ett kommunalt team i en stor kommun. Målgruppen för teamet är personer som bor på ett socialpsykiatriskt gruppboende. För att få flytta till boendet krävs ett myndighetsbeslut. Individen hyr lägenheten från kommunen men det finns även gemensamhetslokaler att tillgå. Individerna som bor där får stöd med strukturen i vardagen samt stöd vid kontakt med myndigheter, andra sociala kontakter, stöd i arbetssökande, stöd i skolan med mera. Teamet består av sjuksköterska, skötare, specialistundersköterska samt chef. Teamet utgår från boendet men alla professioner är inte på plats hela tiden. Teamet har avstämningar var fjortonde dag för samverkan kring individen. Detta team är ett etablerat team i kommunen med tydliga rutiner och arbetssätt.

### Team 3

Detta team finns i en mellanstor kommun och är ett samverkansteam mellan kommun och region. Teamets målgrupp är till största delen äldre personer och syftet med teamet är att skapa en trygg och säker hemgång efter sjukhusvistelse. I teamet arbetar fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska, sjuksköterska samt biståndshandläggare. Det finns både utförare och myndighet med i teamet. Medarbetarna i teamet har olika chefer och kommer från både kommun och region. Teamet utgår från samma geografiska plats men är inte samlokaliserade mellan kommun och region. De träffas varje vecka för avstämningar för att kunna planera arbetet. Detta team är ett etablerat team med tydliga rutiner och arbetssätt.

### Team 4

Team nummer fyra är inomkommunalt och finns i en stor kommun. Teamets målgrupp är till

största delen äldre personer med demenssjukdom. De följer individen från misstanke om diagnos till livets slut. Teamet består av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, distriktssköterska och specialistundersköterska. Teamet utgår från samma geografiska plats och har teammöten varje vecka för avstämningar för att kunna planera arbetet. Detta team är i sin uppstartsprocess då det startades våren 2022. Därför är inte alla rutiner eller strukturer klara.

### **Team 5**

Inomkommunalt team i en stor kommun där teamets målgrupp är ungdomar mellan 13 och 23 år med neuropsykiatrisk diagnos samt deras familjer. För att få stöd av teamet krävs ett biståndsbeslut. Ungdomarna behöver stöd och samordning vid kontakt med socialtjänst, andra myndigheter, vården och skolan vilket blir teamets roll. I teamet finns psykolog, kurator, socialpedagog och specialpedagog. Alla är anställda av kommunen fast på olika avdelningar. Teamet utgår från samma geografiska plats, de arbetar nära varandra och samarbetar i ärenden. Detta team är väl etablerat i kommunen med tydliga rutiner och arbetssätt.

### **Team 6**

Detta team är ett samarbete mellan regionen, en mellanstor och flera mindre kommuner. Teamets målgrupp är barn och unga vuxna upp till 26 år med missbruksproblematik. Teamet erbjuder stöd i form av information, rådgivning, bedömning, behandling, anhörigstöd samt utbildning. Teamet samverkar framför allt med andra myndigheter och skolan. Teamet består av socialsekreterare och sjuksköterska. Socialsekreterarna kommer från fyra olika kommuner och en sjuksköterska är från regionens hälso- och sjukvård. Teamets lokaler finns i en mellanstor kommun men deltagande professioner är inte samlokaliserade. Deltagarna träffas var fjortonde dag för att ha ärendedragning och kunskapsutbyte. Detta team är ett väl etablerat team i kommunerna med tydliga rutiner och arbetssätt.

### **Sammanfattning**

Denna sammanställning av de multidisciplinära teamen visar på att samverkan kan se ut på olika sätt. Det finns team där olika professioner inom en kommunal verksamhet arbetar mot en gemensam målgrupp. Det finns team där olika professioner från olika kommuner och region arbetar mot gemensamma målgrupper. Samverkan kan ske mellan legitimerade och icke-legitimerade professioner och yrkesgrupper. Det alla dessa olika multidisciplinära teamen har gemensamt är att de arbetar strukturerat, kontinuerligt och över tid för att hjälpa medborgare som är i behov av hjälp och stöd för att klara sin vardag. En typ av samverkan som vi inte fick med denna omgång var samverkan mellan kommun, region och statliga verksamheter då det team som hade den typen av samverkan tackade nej till ytterligare deltagande i intervjustudien.

## 3. Resultat

I följande avsnitt presenteras resultaten från analysen av fokusgruppsintervjuer med sex multidisciplinära team inom socialtjänstens verksamheter i Östergötland. Teamen fick reflektera kring fem olika citat som valts ut för att de, enligt vår mening, på ett bra sätt illustrerar utmaningar kopplade till det multidisciplinära arbetet i omställningen till NVOS. I valet av citat tog vi även hänsyn till spridning från olika intervjuer så att det finns en variation i verksamhetsområden och kommuner. Teamen använder olika begrepp för målgrupperna de arbetar för: brukare, klient samt patient och i redovisning av citat använder vi oss av det begrepp som de gör i respektive intervju.

Nedan redovisas de fem områden som vi hade som en rubrikstruktur till våra fokusgruppsintervjuer. De olika områdena är samverkan, personcentrering, delaktighet, kompetens och kunskap och digitalisering. Dessa områden har vi haft vid båda intervjutillfällena och är hämtade ur kunskapsöversikten. (FoU-rapport 87:2022). I redovisningen som följer kommer vi att börja med att presentera det citat vi lät deltagarna läsa och reflektera över för att sedan kunna redovisa resultatet.

### 3.1 Samverkan

*Det är ju inte bara vård utan det är ju socialt också. Om man då har en bred kompetens så fångar man ju upp flera aspekter av det och man kan hjälpa individen framåt och inte bara det att man fångar upp det rent utredningsmässigt utan också när man ska hjälpa individen vidare eftersom då har de olika professionerna sina kanaler utåt också så då går det lite snabbare. Det är ett mycket effektivare sätt att hjälpa personen framåt.*

Det första citatet som teamen fick reflektera kring handlar om samverkan. Samverkan är en förutsättning för det multidisciplinära arbetet eftersom flera av teamen beskriver att samverkan bidrar till att arbetet blir mer effektivt ur olika perspektiv. Det leder till exempel till snabbare beslut, patienter och anhöriga får färre personer att kontakta i sina ärenden och för medarbetare i teamet innebär det att de snabbt kan få svar från en annan profession. Något team har flera ingångar från andra vårdenheter vilket innebär en effektivisering. Ju fler professioner som ingår i teamet desto lättare är det att hitta rätt person att samverka med.

Flera team uttrycker att relationer och kontinuitet är viktigt för att samverkan i teamet ska fungera både ur ett brukar/patientperspektiv och ett personalperspektiv. Arbetet underlättas om man känner varandra i teamet. Flera team beskriver att de får en helhetssyn på människan. Att arbeta i team bidrar även till en god arbetsmiljö och att man får ett utbyte av sina kollegor vilket i sin tur gynnar individen. Teamarbetet gynnar professioner som har ett ensamarbete genom att de får ett forum att lyfta enskilda ärenden och utmaningar i yrket.

Detta är något som behövs då människovårdande yrken är komplexa, alla människor samt situationer är unika. När en profession arbetar enskilt ser den en vinkel men när flera samarbetar kan man se på ärendet från flera olika håll. Detta är ytterligare en aspekt som lyfts i intervjuerna. Teamarbetet bidrar till ny kunskap för teamet. Några beskrev att flera professioner har olika glasögon att se på situationer och en del beskrev det som att de individer som samverkar bidrog med olika pusselbitar för att kunna se helheten. Det blir inte bara en ökad kunskap eller vinst för professionerna utan också för individen som får insatsen. Ett team uttrycker det som att

individerna får det lilla extra eftersom fler ögon bidrar med mer till individens fördel. Teamet breddar även sin kompetens genom att ha ett större gemensamt perspektiv på situationen.

Detta att teamen genererar bredare kompetens är i linje med det som framkommit vid första intervjutillfället. För att hjälpa teamen att flytta fokus från sitt eget team till ett mer generellt perspektiv hade vi en följdfråga på området samverkan. Frågan vi valt var om det var någon skillnad på att arbeta i team eller multidisciplinära team. Där kom flera fram till att det skilde sig åt när det var team med samma profession eller om det var multidisciplinära team. En del beskrev det som att det var olika typer av diskussioner i de olika typer av team. Andra beskrev det som att arbetet i yrkesspecifika team är mer fokuserat på organisatoriska och planeringsfrågor samt utveckling av sin egen profession medan multidisciplinära teamen arbetade mer för att lättare kunna hjälpa individer med komplexa behov.

Att både tillhöra ett yrkesspecifikt team och ett multidisciplinärt team beskriver teamen som värdefullt. Det framkommer under intervjuerna att det är viktigt att få träffa kollegor med samma profession för att bolla yrkesspecifika frågor. En intervjuperson säger att det finns olika kompetenser inom den egna professionen och att det är viktigt att träffas för att få ny kunskap och kompetensutveckling inom det egna yrkesområdet. En arbetsterapeut i ett av teamen beskriver det så här:

Jag skulle säga att det finns en del skillnader för om man har teamarbete med endast sin egen profession så har man ju oftast en annan typ av diskussioner. Man har en annan typ på djupet en del vad vi ska göra eller vad tänker du och vi. Men med det interprofessionella teamet har man kanske redan haft en diskussion i sitt eget team och kommit fram till att så här väljer vi att göra så här tycker vi att patienten det här ser vi att ni skulle behöva göra eller tvärtom.

(Arbetsterapeut, team 1)

I citatet ovan beskrivs att det professionsspecifika teamet stärker rollen i det multidisciplinära teamet medan det i team eller grupper med samma professionstillhörighet kan uppstå känslor av prestige. Alla inom samma profession vet om vad som krävs av dem och det kan leda till att det blir svårare att be om hjälp. Däremot i team som arbetar över olika professionsgränser minskar prestige och det är lättare att be om hjälp.

Nej men, dels att man har samma grund som du var inne på, man ska förväntas vara lika bra så då kan det vara svårare att gå och be en kollega om hjälp för att jag borde kunna det här. Men här kan jag säga, det här kan inte jag, måste fråga.

(Specialpedagog, team 5)

I citatet ovan belyses en utmaning med samverkan i professionsspecifika tema samtidigt som tidigare citat visar på styrkan med dessa team eller grupper. Detta belyser att samverkan är en styrka men också en utmaning.

Sammanfattningsvis belyser teamen tydligt att samverkan med andra professioner breddar kompetensen och ger en större helhetssyn gällande individen livssituation. Det underlättar för individer med komplexa behov. Det framkommer att de som tillhör ett multidisciplinärt team behöver sitt yrkesspecifika team för att ha möjlighet att fylla på kompetensen inom sitt eget yrkesområde. Ytterligare en vinst att arbeta i ett multidisciplinärt team är att det bidrar till en god arbetsmiljö. Det ger vinster både för medlemmarna i teamet och för de teamet är till för. Samverkan är en av nycklarna för att ge förutsättningar till att arbeta mer personcentrerat. I



följande avsnitt ska vi närmare beskriva vad som framkommit i resonemang kring citatet om personcentrering.

## 3.2 Personcentrering

*Jag tycker verkligen att vi försöker jobba med det men jag kan känna frustration när man är hemma hos patienter och anhöriga. Vi är ju en aktör och jobbar personcentrerat, ja - men jag vet inte hemtjänsten kanske säger att de jobbar personcentrerat, hemsjukvården säger sitt, sjukhuset säger sitt, vårdcentralen sitt men tillsammans sitter de här stackarna och har alla dessa kontakter och är hemma. /.../ Det är inte personcentrerat för dem.*

Det andra citatet som teamen fick diskutera handlade om personcentrering. En definition till personcentrering är att varje individs unika behov, resurser och förutsättningar ska tillvaratas för att vård och omsorg ska planeras och utföras med individen som utgångspunkt. Med ett sådant förhållningssätt ses hela människan och inte bara sjukdomen eller diagnosen. Ett personcentrerat förhållningssätt bygger på ett jämlikt partnerskap mellan vårdare och individ. (Vårdhandboken 2022)

I intervjuerna framkommer det att många aktörer anser att just de arbetar personcentrerat men det är inte säkert att individen som har många olika aktörer känner att deras vård eller insatser är personcentrerade. Detta försvåras av olika huvudmän, lagstiftningar och krav på samtycke och självbestämmande. Att professioner upplever att de arbetar personcentrerat och att de som får hjälpen känner samma är inte givet, en sjukgymnast beskrev att det var deras känsla att de arbetade personcentrerat. Det går inte att beskriva hur individerna upplever personcentrering då den här studien har ett medarbetarperspektiv.

När vi var klara med tankar kring citatet gick vi över till följdfrågan för området personcentrering. Den handlade om hur det går att säkerställa att individen som är föremål för insatsen känner att det är en personcentrerad insats. Det som då framkom var att det arbetssätt som finns i multidisciplinära team möjliggör att individen kan känna en större personcentrering då det i teamet ingår flera olika aktörer med olika professioner som ska samverka för individens bästa. Det blir en tydlig skillnad när individer som haft multidisciplinära team ska övergå till att få hjälp i ordinarie verksamhet. Flera av teamen beskriver att det är en skillnad att arbeta i ett multidisciplinärt team mot att arbeta i mer ordinarie verksamhet där utgångspunkten finns i professionstillhörigheten. Teamarbetet innebär ofta att personalen har mer tid för varje individ de hjälper kontra när individen får hjälp från ordinarie verksamheter. För att kunna arbeta personcentrerat krävs att tiden finns och möjlighet att arbeta flexibelt för att möta upp varje persons behov, detta är lättare att uppnå när stödet kommer från ett multidisciplinärt team. I intervjuerna framkommer även att insatser från ett multidisciplinärt team upplevs leda till en större trygghet för individer som behöver stöd eller insatser enligt teammedlemmarna. De menar att arbetssättet minimerar antalet personer från olika professioner individen kommer i kontakt med och att arbetssättet underlättar för medlemmarna i teamen att kunna vara lyhörda för individens behov.

Ett team lyfter att de upplever att det krävs personcentrerat arbete på två olika nivåer, både inom vård eller insatser men även på systemnivå. De framhåller att teamen kan arbeta för att arbeta på att utveckla och förbättra den första delen men att de inte kan påverka eller ändra systemet som de arbetar i.

Men jag tänker att det behövs på flera nivåer. Det behövs ju liksom det personcentrerade förhållningssättet i den vård vi ger, alltså att göra individen delaktig och att det ska baseras efter individens behov och person. Men att det behöver ju också finnas i system tänket. Och det är väl det nära vård handlar om att ändra på det. Att de kanske behövs båda två, alltså båda nivåerna.

(Arbetsterapeut, team 4)

Citatet ovan visar på att medlemmarna i teamen som är närmast individen upplever att de arbetar personcentrerat. Trots detta har flera av teamen beskrivit att de upplever att organisationen de verkar i kan vara ett hinder för personcentrering, framförallt när två olika organisationer ska samverka exempelvis region och kommun. En enskild individ kan träffa många olika kontakter från olika aktörer förutom teamet. Det här resultatet framkom även under första intervjuomgången.

En annan utmaning eller ett hinder som några team beskriver för att arbeta personcentrerat är lagstiftningar som till exempel sekretesslagen. Flera team tar upp att samtycke kan vara en utmaning, ett exempel på det är när en hemsituation blir ohållbar och personen saknar insikt på grund av till exempel psykisk ohälsa. Flera av teamen beskriver ändå att det ger goda förutsättningar att arbeta personcentrerat i ett team med olika professioner.

Ytterligare ett sätt att arbeta personcentrerat är att teamet hjälper den enskilde med att samordna kontakter, till exempel med myndigheter och vara med som stöd på till exempel vårdbesök, skolmöten eller samtal med socialtjänst. En individ kan behöva att någon annan för deras talan eller står upp för deras sak. Ett multidisciplinärt team som arbetar personcentrerat skapar en struktur och trygghet för individen. Exempelvis genom den relation som byggs upp i kontakten mellan yrkesverksam och individ. Ett av teamen reflekterar över vikten av att individen har ett förtroende för den person som ger hjälpen. De beskriver det som att det behöver "klicka" mellan professionell och individ. Det krävs en förmåga att vara professionell och sätta individen i första hand. Det finns behov av att kontinuerligt stämma av relationen under resans gång.

Sammanfattningsvis belyser resultatet att ett multidisciplinärt arbetssätt möjliggör ett mer personcentrerat förhållningssätt, resultatet belyser enbart personcentrering ur ett personalperspektiv. Teamen har en samordnande roll för individer med många vård och omsorg kontakter vilket borde resultera i en större personcentrering för individen. Däremot har det framkommit att personcentrering behöver utvecklas på organisatorisk nivå, speciellt när olika huvudmän samverkar exempelvis kommuner och regionen. Personcentrering och individens delaktighet är nära besläktade med varandra och i nästa del ska vi behandla vad som framkommit i resonemang kring citatet om individens delaktighet.

### 3.3 Individens delaktighet

*Vi ska jobba bort oss själva så händerna på ryggen även med våra äldre klienter. /.../ Det har inte alltid varit så jättebra på Team 2. Det har varit lite mer service - vill du ha en kopp kaffe till? Vill du ha en filt? Och många av de klienterna som inte gjorde någonting har vi fått tillbaka fast de är på ålderns höst och vi gör aktiviteter och så där, typ som att vi har ett ärende och kör lite sådana där motionsgrejer bad, jympa och sådant där /.../. Det är roligt för det funkar med ESL - man gör med och inte åt.*

Det tredje citatet som teamen fick undersöka handlade om delaktighet. Begreppet delaktighet och hur individer görs delaktiga i sin vård, omsorg och socialtjänst är en viktig aspekt i fråga om

personcentrering. Flertalet av teamen vi intervjuade upplever att de skapar delaktighet med ett personcentrerat synsätt utifrån målgrupper och individer.

Historiskt har personer från olika professioner varit experter som löser individers problem. Enligt Socialstyrelsen (2013) finns ett antagande om att ökat brukarinflytande kan påverka maktrelationer mellan professioner och individer. Denna maktrelation kan medföra en del utmaningar men trots det är en ökad delaktighet från individen något positivt och önskvärt. Att vara delaktig och klara saker på egen hand leder ofta till att den enskilde känner stolthet och en upplevelse av att självkänslan ökar. Ett team beskriver en händelse på följande sätt:

Det var jättejobbigt för klienterna, de blev förbannade och irriterade och så där men nu flyter det på bra här. Vi jobbar 100% med ESL. 1Jag gick bara förra veckan med en klient och köpte en stol på Ikea som han bar hem själv, ihopmonterad, det var väldigt intressant men det gick. Han nämner det där i konversation dagligen när jag möter honom att han lyckades gå hem med en stol från Ikea.

(Boendestödjare team 2)

Delaktighet kan vara en utmaning för både individen och för de personer från olika professioner som hjälper individen och en viktig reflektion som framkommer är för vems skull en insats finns, är det för den som ger hjälpens skull eller för individen? För att delaktighet ska bli personcentrerad krävs det att de som arbetar med individen har en bra personkännedom om den enskilde och har en bra fingertoppskänsla om var och när delaktighet är viktigt.

Ett sätt att skapa delaktighet är att sätta upp mål tillsammans med patienten. Det är inte alltid som den enskilde och yrkesverksam har samma syn på målsättningen. Det är viktigt att ha förståelse för varför det inte är så viktigt för den enskilde att nå upp till som i det här fallet arbetsterapeutens syn på vad individen bör klara själv.

Man försöker ju ändå arbeta med målsättningen och så när det gäller rehabträning i alla fall. Där ska de ju få sätta sina egna mål men det är ju inte alltid det är så utan man leder nog ibland in så som vi tycker. Det är nog inget ovanligt, det tror jag inte. Man ser att det här borde man vilja klara själv, men för alla är ju som sagt inte det viktigt.

(Arbetsterapeut, team 1)

Tanken om delaktighet känns central för att vården ska vara nära individen. Några talade om att det är som att återge makten till individen. Däremot kan det krävas mer av personal för att få till en bra delaktighet då det ibland ligger i det omvårdande att göra åt någon eller att vilja hjälpa någon. Det är något som aktivt måste arbetas med för att veta att det inte alltid är att hjälpa när man gör åt andra. Tanken framkommer att det i professionerna ingår att försöka lära individen att själva klara av att göra insatserna. Ett team belyser detta i citatet nedan.

Jag tänker att det är lite som att lära små barn att cykla. Först har du stödhjul, då får du mycket stöd, sedan springer man med någon pinne på pakethållaren och sedan släpper man emellanåt men man tar tag igen om det vinglar till, man får följa med dem. Vi kan inte springa och hålla i pinnen hela tiden.

---

<sup>1</sup> ESL är en förkortning för metoden Ett självständigt liv. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/esl-ett-sjalvstandigt-liv/>

(Gruppledare, team 2)

En delaktig individ kan behöva lära sig att vara delaktig i sin egen vård och omsorg. När delaktighet är som bäst är den även personcentrerad och då kan målen vara olika från individ till individ. Det är viktigt att den som ska ge hjälpen är lyhörd och vet vad som är viktigast för individen. Då kan individen få rätt stöd och från rätt yrkesgrupp vilket är att arbeta enligt nvos. Om individens behov är mer socialt behöver inte insatser komma från exempelvis rehabpersonal utan kan tillgodoses genom omvårdnadspersonal. I ett team beskrev de att för en individ kan insatser som är menade som vård eller omvårdnad fylla ett annat behov, ett mer socialt behov.

Och får man hjälp är det ju någon som kommer. Då kommer någon och pratar med en. Det gäller att hitta varför det är, för då kanske man kan lösa det sociala på något annat sätt.

(Sjukgymnast, team 1)

Detta citat visar på att det är viktigt att de som beslutar och de som ger vård och omsorg vet om vad individen själv har för önskemål och behov. Däremot kan det vara professionens skyldighet att hjälpa individen att kunna vara delaktig när den inte själv klarar av det. Detta kan vara vid exempelvis läkarbesök där läkaren har mer makt och auktoritet och individen inte själv klarar av att vara delaktig utan behöver stöd för att kunna förstå och ta till sig information som ges. Det kan även vara vid andra typer av situationer där det är ojämn maktbalans och där individen behöver stöd för att kunna vara delaktig.

Ett annat sätt att ge individen tillbaka makten är att de som hjälper individer inte tar över och gör åt en individ utan uppmuntrar individen att själv försöka. Det begreppet som nämns i huvudcitatet, som teamen fick reflektera kring gällande individens delaktighet, om att arbeta med händerna på ryggen beskriver ett arbetssätt som ofta används inom vård och omsorg. Ett av teamen beskriver det som en av grundpelarna i arbetet och att det innebär att personalen uppmuntrar individen till att utföra och vara delaktig i sina vardagsaktiviteter i den mån det är möjligt. Det rehabiliterande förhållningssättet ökar därmed individens möjligheter till att vara aktiv och bibehålla sina förmågor.

En utmaning som några av teamen beskriver är att teamens arbetssätt inte går att upprätthålla då individen övergår till traditionella verksamheter efter att ha fått hjälp från teamen och menar att det beror på brist på tid och flexibilitet i organisationen.

Det är skillnad om man jobbar i hemtjänsten. Då kan man inte riktigt stå med händerna på ryggen, man hinner ju inte med utifrån tidsperspektivet.

(Undersköterska, team 1)

Att arbetssätt skiljer sig åt mellan hur team arbetar och hur det är i ordinarie verksamhet är liknande resultat som det som framkom gällande personcentrering. Personcentrering och delaktighet är nära besläktade och därför kan samma eller liknande resultat framkomma. Att samma utmaning framkommer i två av områdena tyder på att det är en påtaglig skillnad mellan det arbetssätt som utförs i teamen och det som sker i ordinarie verksamheter. Det blir såklart mer påtagligt i brytpunkten när individen ska byta från att få sin hjälp från teamet till att få det från ordinarie verksamheter. Denna skillnad i arbetssätt mellan multidisciplinära team och ordinära verksamheter är en utmaning för omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst då all verksamhet ska utföras enligt nära vård tankesättet.

En annan intressant tanke som framkom är att dagens samhälle med flera digitala tjänster försvårar delaktighet för en del individer. Det kan vara svårt för personer från olika professioner att hjälpa dessa individer att bli delaktiga då inte förutsättningen för det finns i samhället som stort. Det kan gälla individer med kognitiva begränsningar enligt citat nedan.

Men sen är väl hela samhället som är uppbyggt med BankID och att du ska kunna ha en mobiltelefon eller en dator eller liksom det ställs väldigt höga krav, och vår målgrupp som då både är äldre och ska hänga med i den här utvecklingen och då med en kognitiv sjukdom. Hur kan vi med våra resurser hjälpa dem att vara delaktiga i samhället i att betala sin mjölk med kontanter och så är det kontantlöst i affären.

(Arbetsterapeut, team 4)

Detta citat belyser att socialtjänstens arbete är komplext, inte bara för att individer är olika och har olika typer av utmaningar men också för att vi lever i ett samhälle som inte alltid kan fånga upp och möta alla dessa individers utmaningar.

Som en följdfråga till citatet kring delaktighet ställde vi frågan; Hur kan man skapa delaktighet i socialtjänsten där det finns myndighetsbeslut som kan innebära krav på individen, med eller mot deras vilja? Ett exempel som vi nämnde var att beslut på ekonomiskt bistånd kan utebli om individen inte uppfyller vissa krav. Är individen då delaktig? Ett team beskriver att insatser som individer får via biståndsbeslut inte behöver vara ett hinder för delaktighet eftersom det till stor del är upp till teamet att sedan forma hur hjälpen ska utföras. I den processen att bestämma hur insatsen ska ges kan individen vara delaktig. Teamen lyfter i samband med detta att de tillsammans med individen upprättar genomförandeplaner och att det i sin tur ökar möjligheten till delaktighet för individen. Så även om teamet får sitt uppdrag gällande en insats från en myndighetsavdelning så är det teamet som tillsammans med individen ska bryta ner det till hur hjälpen ska ges. Citaten nedan beskriver den processen om att forma huret:

Här är det ju oftast alltså insatsen handlar ju egentligen bara om huret om hur klienten alltså det tänker jag att klienten ska sluta dricka eller droga. Där är det ju väldigt delaktigt. Vi får ju forma som vi vill.

(Alkohol- och drogbehandlare, team 6)

Citatet belyser att individer kan vara delaktiga i själv utförandet av hur en insats ska genomföras. Däremot kan det vara svårare för individen att få bestämma om en insats ska beviljas eller inte. För att få med sig individen vid ett myndighetsbeslut är det viktigt att försöka få med sig individen på beslutet för att det ska ge bäst resultat. Samtidigt som citatet nedan beskriver att det finns tillfällen då myndigheterna inte har tvångslagar för att sätta in insatser som de anser var nödvändiga. Men har då individen fått rätt information och motivation samt förstår konsekvenserna av sitt val men ändå säger nej, då är det ett eget val som ska respekteras. En biståndsbedömare beskriver det så här:

Att man är informerad och att man förstår hur, är förutsättningarna och varför. Och att man ändå kan göra det egna valet jamen då väljer jag det här. Fine då är det ju så, återkom om du ändrar dig. Så tänker jag, att man måste också respektera personens egna vilja.

(Biståndsbedömare, team 3)

För att kunna möta individen där den är och göra den delaktig behöver individen kunna förstå och ta emot information på rätt sätt. Det försvårar beslut gällande individer som har kognitiva

begränsningar eller för individer som är så sjuka eller mår så psykiskt dåligt att de inte kan vara delaktiga när beslut fattas. Det gäller att alltid ge information på ett anpassat sätt så att individer i dessa utsatta situationer kan vara så delaktiga som möjligt. Det är självklart att myndigheter måste hålla regler och lagar men det är viktigt att de kan anpassa det efter individen när det går.

En annan problematik som belystes var att medarbetarna i teamen som arbetar med klienter på uppdrag från myndighetsbeslut kan känna sig uppgivna när de inte kan påverka hur länge de ska arbeta med en individ då det är upp till en handläggare på myndigheten. Detta blir ett hinder för individens delaktighet eftersom beslutet inte tar hänsyn till individens vilja.

Sammanfattningsvis har det i avsnitt om individens delaktighet visat sig att arbeta med delaktighet kräver mer av personalen och myndighetspersoner. Detta då det behövs en bra personkännedom och fingertoppskänsla för att få individen att känna delaktighet samt att få individer att själva vara delaktiga i sina genomförandeplaner. Det har även framkommit att det är en utmaning när inte individ och personal har samma syn på grad av delaktighet. Trots utmaningar och att det kräver mycket finns det stora vinster för individen om delaktighet uppnås. I nästa del ska vi behandla vad som framkommit i resonemang kring citatet om kompetens och kunskap.

### 3.4 Kompetens och kunskap

*Ibland kan jag känna: hur mycket ska x-team växa? För att vi ska ju inte användas för att släcka bränder i verksamheter.../För att mycket handlar om att höja grundnivån av kunskap och det kan inte vi täcka för i hur stor utsträckning som helst. Vi ska givetvis erbjuda vägledning till svåra fall och det är jätteviktigt att den funktionen finns men nästan det kommer slå över. Vi vägleder i ärenden som vi inte skulle behövt vägleda i om personalen hade en grundkompetens.*

Citatet ovan är det som teamen fick utgå ifrån i diskussionen som rörde kompetens och kunskap. Dessa två ämnen är breda och berör externa parter kompetens liksom enskilda professioners kompetens men också hur medarbetarna drar nytta av varandras kompetens genom att arbeta i multidisciplinära team. Området berör också behovet av utbildning, fortbildning och att behålla kompetens i verksamheter som har hög personalomsättning samt svårigheten med att rekrytera den kompetens som behövs.

Flera av teamen berättar att de upplever att stora delar av deras arbete periodvis handlar om att släcka bränder i verksamheter istället för att kunna arbeta mer med det som är deras grunduppdrag. Detta på grund av att det är stor omsättning på personal inom vissa områden samt att all personal inte har tillräckligt med grundkompetens. En medarbetare inom boendestöd beskriver det som att hen har kunnat se hur kompetensen i verksamheten gått ned i realtid inom sin verksamhet sedan hen började där. I en annan verksamhet beskriver en arbetsterapeut att det saknas personal och att många är utbildade.

Ja men det är lite svårt nu när det saknas så mycket personer. Det är ju verkligen där vi står nu att det inte finns tillräckligt med omvårdnadspersonal. Det är ju väldigt många utbildade.

(Arbetsterapeut, team 1)

Citatet beskriver en verklighet för många verksamheter i Östergötlands kommuner då bemanningsfrågan är ett övergripande problem kopplat till de demografiska utmaningarna. Det

är en utmaning att anställa personal eftersom det finns färre personer som är arbetsföra och samtidigt ökar antalet individer som är i behov av hjälp.

Ett team talar om en annan orsak till kompetensbristen inom socialtjänsten. De varnar för en urvattning av kompetens då det inte finns namnskydd på vissa yrkesgrupper vilket gör att vem som helst kan få dessa jobb. Detta gör även att dessa jobb inte har så hög status och trots att det är många som verkligen är duktiga på arbetet väljer dessa ofta att sluta eller gå vidare till andra utbildningar eller arbeten.

Då det är svårt att rekrytera personer med rätt kompetens så anställs personer som inte har den grundkompetens som behövs inom socialtjänsten för att kunna arbeta mot en förändring till nära vård, omsorg och socialtjänst. Har inte personalen grundkompetens är det svårt att arbeta med personcentrering och delaktighet på ett sätt som behövs för att närma sig nära vård, omsorg och socialtjänst. Teamen beskriver att det inte är brist på utbildningsmaterial eller utbildningstillfällen utan att det finns utbildningar som personal skulle kunna gå, men att det saknas vikarier att sätta in vilket citatet nedan beskriver.

Så skulle de skicka personal och fick inga pengar för vikarierna, och vikariera finns ju inte heller riktigt:// vi har jättestor möjlighet att utbilda men de kan inte släppa sina, det är ju också, det blir ju moment 22 då.

(Distriktssköterska, team 4)

Citatet belyser att utöver att det finns svårigheter att få tid och resurser för personal att vidareutbilda sig så finns utmaningen med att redan anställd personal väljer att söka annat arbete. Detta leder till svårigheter för både individer som får hjälpen men också för verksamheterna. När en personal byts ut kan det för individen innebära att det tappas kunskap om just den enskilda individens behov och det blir en brist i övergången. Teamet har en viktig roll att vara ute i verksamheten och handleda den nya personalen för att ge kunskap och förståelse för just den här individens situation. Ett team uttrycker det som att man får börja om från ruta ett igen i ärendet vilket leder till bristande kontinuitet för den enskilda. När erfaren personal slutar behöver ny personal utbildas vilket kan ske genom att erfarna kollegor handleder nya kollegor. Detta är också ett sätt att utveckla kompetens inom verksamheten men det tar tid och är en utmaning för teamet att inte kunna fokusera på huvuduppdraget. En risk finns också att kollegorna blir osjälvständiga vilket en biståndshandläggare i ett team beskriver så här:

Jag tycker att det är en balansgång däremellan att liksom att handleda på ett sätt så att det gör att kollegorna blir mer självständiga och att handleda på ett sätt så att det inte blir att man tar över och talar om för dem vad de ska göra. För då blir de ju inte självständiga. Det dilemman hamnar jag ofta i tycker jag. Det pratar jag mycket om med min chef och så, var drar man gränsen liksom. Vad blir stälpa istället för att hjälpa.

(Biståndsbedömare, team 3)

Citatet belyser att organisationerna som verksamheterna arbetar i behöver ge förutsättningar för att det ska finnas utrymme för en bra handledning samt att arbetsklimatet är baserat på tillit. Det ska finnas möjlighet att lära av misstagen.

Efter resonemang kring citatet hade vi återigen en följdfråga som vi ställde till teamen. För området kunskap och kompetens var det en fråga om lärandeperspektiv och hur det går att skapa ett gemensamt lärande och om det finns en risk att suddas ut sin egen profession gräns.

De flesta tyckte inte att de såg ett stort problem med att göra andra uppgifter än det som är specifikt för sin profession utan istället att det gynnar det egna lärandet och är bra för individen som tar emot insatser. Att de olika professionerna hade kunskap om varandras roller underlättade för professionerna att veta vilken profession man kan fråga om vad i teamet. Ett team beskrev att olika kunskaper överlappande varandra vilket gynnar individen, detta beskrivs i nedanstående citat.

Så om våra undersköterskor och sjuksköterskor har lite koll på det med mobiliseringen med vad borde funka när inte vi finns så hjälper ju det patienten som inte behöver vänta två dagar tills jag kommer på måndag

(Arbetsterapeut, team 3)

Detta citat visar vinsten när olika professioner i teamarbete kan gå utanför sina egna professionsgränser för att hjälpas åt kring en och samma individ. Det är då viktigt att de inte har revirtänk utan utgår från individen som de ska hjälpa. Multidisciplinärt teamarbete handlar om att kunna samarbeta och att kunna arbeta lite över sina ordinarie professionsgränser. För att detta ska fungera behöver alla medarbetare i teamet vara trygga i sin egen profession och vara prestigelösa.

Ett viktigt resonemang som framkom i intervjuerna är att oavsett var en professionell arbetar behöver de kontinuerligt påfyllnad av sin egen kompetens och kunskap. Ett team ansåg att det från ledningsnivå behöver signaleras att alla i teamet ska ha möjlighet att utveckla sin egen profession för att det ska komma teamet till godo. Citatet nedan belyser att det alltid är en balansgång för medarbetarna i multidisciplinära team då gränser inte är lika rigida.

Det ger något mer att vi liksom plussar ihop våra kompetenser istället för att jag alltid ska göra X uppgifter liksom för då tror jag inte det blir lika bra. Så jag tänker gränsöverskridande bra, gränslöst är för mig för mycket.

(Arbetsterapeut, team 4)

Citatet beskriver att teamet behöver kunna arbeta gränsöverskridande men inte bli gränslöst.

I detta avsnitt om kompetens och kunskap har det tydligt framkommit att socialtjänsten nu är mitt i den stora utmaning som det länge talats om. De demografiska utmaningarna gör det svårt att bemanna tjänster och grundkompetensen är låg vilket gör att teamarbetet inte alltid kan utföras på ett optimalt sätt. I nästa avsnitt kommer vi beskriva hur teamen samtalade kring digitalisering och om det kan vara en nyckel till att ta sig an utmaningar relaterat till den demografiska utvecklingen och omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst.

### 3.5 Digitalisering

*Det där med länk förstår jag inte alls de där som säger att det är så dåligt. Det är ju jätteeffektivt för våra klienter som kanske går vilse eller inte vill dyka upp. då kan man sitta ned med personal och så har vi professionella på andra sidan som säger att så här ligger till, det här är dina värden. Man kan gå igenom allting man behöver inte ta sig någonstans. Bara vara här - supersmidigt.*



Citatet ovan valdes för att illustrera utmaningar kopplade till socialtjänstens digitalisering. Det är ett område i NVOS som berör samtliga övriga områden i studien. I det här intervjutillfället valde vi att ta upp digitalisering som ett eget tema, däremot har digitalisering även kommit tal inom övriga temaområden. Det är ett naturligt resultat då digitalisering är ett självklart utvecklingsområde inom Östergötlands kommunens alla verksamheter inom vård, omsorg och socialtjänst. Det har blivit många intressanta diskussioner under fokusgruppsintervjuerna och flera för- och nackdelar med digitalisering har lyfts och det har framkommit vikten av att digitalisering behöver anpassas efter individen. Nedanstående citat visar ett exempel när det fungerar bra.

Vi har ju sip-möten där ungdomen sitter hemma med en kontaktperson härifrån, och ungdomen kan sitta bakom skärmen och lyssna och delta i mötet och sen behöver inte synas ens. Det funkar jätte jättebra, det möjliggör deltagandet för ungdomen.

(Specialpedagog, team 5)

För en annan person kan individanpassning istället vara ett personligt möte, och därför är det viktigt att vara lyhörd för när en digital lösning kan fungera och när den inte gör det. Det viktiga är att digitalisering behöver anpassas efter vem individen som behöver hjälpen är. Detta gäller även personal då deras kunskap om digitala verktyg varierar. Om personalen som ska hålla ett digitalt möte inte är väl insatt i hur det tekniska fungerar kan det istället bli en oro trots att ett digitalt möte kanske fungerar bättre för individen egentligen. Något annat som framkom var att det till en början kan vara bra med fysiska möten för att bygga en relation, men att uppföljande möten därefter ofta kan ske digitalt utifrån individens behov. Detta visar på att verksamheter behöver kunna vara flexibla i att erbjuda lösningar digitalt eller fysiskt beroende på situation och person. Det händer också att personalen ser behov av hjälp som en individ har men där det med digitala lösningar möjliggör att anhöriga kan vara delaktiga trots att de bor med fysiskt avstånd till individen, till exempel med digitala inköp med hemkörning från företag och affärer.

Digitaliseringen som sker ute i samhället möjliggör att en individ inte blir beroende av socialtjänstens verksamheter lika tidigt. I intervjuerna framkommer det att det kvarstår arbete för att säkerställa att digitala lösningar ska fungera optimalt. Det beskrivs att det ibland är upphandlingar som sätter stopp för digitala lösningar som verksamheter vill testa samt att tillgång till nätuppkoppling inte alltid finns, framförallt på landsbygden. Det leder till en ojämlig vård och omsorg beroende på var individen bor.

Den sista följdfrågan som vi hade var kopplad till om sekretess kan försvåra att arbeta mer digitaliserat. Av svaren kan vi konstatera att flera team inte tycker att sekretessen försvårar arbetet med digitalisering, troligtvis på grund av att samtycke mellan verksamheter och huvudmän oftast finns när individer får hjälp av ett multidisciplinärt team. Däremot upplevs det som ett problem att inte kunna läsa varandras journaler då en person har stöd både från verksamheter inom regionen och inom kommunen. Nedanstående citat beskriver att denna typ av sekretess ger en hel del merjobb för medarbetarna i teamen.

Jo, jag skulle bara kunnat läsa kommunens anteckningar, för det finns ju massor av patienter som kommer till oss där en arbetsterapeut varit hemma hos dem och gjort och som har skrivit en jättebra anteckning om hur boendet ser ut. Men jag har inte tillgång till någon av det där så jag behöver ju ringa och intervjua personen igen med att fånga exakt hur boendet ser ut så att jag kan förbättra en hemgång. Då finns ju all den informationen kanske som inhämtats för två veckor sen, innan patienten kom in. Och som är skriven ur det perspektivet som jag behöver.

Denna form av sekretess innebär att individen får upprepa sig flera gånger till samma profession fast i olika verksamheter som behöver informationen. Det här ser vi är ineffektivt resursmässigt samt inte särskilt personcentrerat. En viktig åsikt är att regelverken inte har utvecklats i samma takt som den tekniska utvecklingen vilket kan vara en orsak till att sekretess och regler försvårar användandet av digitala lösningar, men det kan också bero på att de digitala lösningarna inte är kompatibla med varandra. En sjukgymnast i ett team belyser vikten av att digitalisering och regelverk behöver komma mer i fas med vandrarna då digitala lösningar anses vara en viktig del för att klara framtidens utmaning att kunna arbeta mer enligt omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst.

I detta avsnitt om digitalisering har det framkommit att teamen anser att digitalisering är en viktig del för att kunna effektivisera verksamheter så att resurser, som är begränsade, ska räcka till det ökande antal invånare som behöver insatser, stöd och hjälp. Däremot upplever vi ett stort motstånd och en rädsla för att digitalisering ska byta ut de fysiska mötena. Alla team som vi talat med arbetar med individer där det inte alltid är att föredra med digitala möten. Däremot framhåller teamen att vinsten av digitalisering är att effektivisera arbetet mellan medlemmar i teamen eller annan samverkan. Medlemmen i teamen är positiva och ser stora fördelar att använda digitalisering på den plats där den fungerar.

## 4. Diskussion

De resultat som har presenterats i den här rapporten är till stora delar liknande de resultat som framkom i första rapporten gällande multidisciplinära team men det har fördjupat vår kunskap om vinster och utmaningar med att arbeta i multidisciplinära team. Vi har kunnat se att multidisciplinära team har ett arbetssätt som kan möjliggöra och vara stöttande i omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst. I den här delen presenterar vi en fördjupning av resultaten från intervjuomgång två och de lärdomar vi fått.

I den första arbetsrapporten framkom att ett multidisciplinärt arbetssätt har stora vinster liksom utmaningar. Till exempel finns stora vinster i tidsåtgång när ett multidisciplinärt team är välfungerande samtidigt som det tar mycket tid i anspråk under uppbyggnad av teamet. Teamen får en närhet och genom det korta kontaktvägar som ger en stor tidsvinst. Däremot tar det tid att skapa de relationer som det krävs för att ett team ska fungera optimalt. En annan vinst som framkom var att teamen skapar en flexibilitet som gör att de kan arbeta i mellanrummen, alltså arbeta lite utanför sin egen verksamhet för att det kommer individen till godo. Ytterligare framkom det att multidisciplinära team ökar möjligheten att ha ett större helhetsperspektiv på individens situation och detta ökar möjligheten att föra individens ärende framåt på ett enklare sätt.

Vi har sett liknande resultat efter intervjuomgång två, vilket inte var så förvånade då vi pratade om citat hämtade ur första intervjutillfället. Däremot valde vi att lägga till ett antal följdfrågor för att få teamen att inte bara reflektera hur deras multidisciplinära team arbetar utan också se på ett multidisciplinärt arbetssätt ur ett större perspektiv. Utifrån detta kan vi bygga vidare våra resultat från förra intervjuomgången tillsammans med denna studie och har då kunnat få fram nya resultat. Bland annat att det är skillnader på att arbeta i ett yrkesspecifikt team eller grupp mot att arbeta i ett multidisciplinärt team.

Som grund för vår intervjuguide valde vi att använda de fem fokusområden som formulerades som centrala för omställningen till nära vård ur ett kommunal socialtjänstperspektiv i i kunskapsöversikten av Sjögren och Helgstrand (2022). Vi kommer nu att presentera våra tankar relaterat till de mest centrala resultaten kopplade till dessa områden samt avsluta med att beskriva våra tankar om processen när det gäller omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst.

### 4.1 Samverkan

I ett yrkesspecifikt team där det endast finns en profession kan deras roller fördjupas, man kan arbeta med utveckling, struktur och planering inom den yrkesspecifika professionen i en verksamhet. I multidisciplinära team breddas kunskapen och det blir lättare att hjälpa individer i utsatta och komplexa situationer där individen annars riskerar att få otillräcklig eller fel insats. Vi anser att detta belyser vikten av multidisciplinära team för att kunna hjälpa de individer med komplexa behov på ett bättre sätt. Vi kan se att det är värdefullt med flera professioner i teamet eftersom det ökar individens kontaktytor, det blir en väg in till vården och omsorgen oberoende av vem individen vänder sig till. Teamet får dock inte bli för stort då det finns risk att tappa närhet och relationer. Vi ser inte heller att det är något hinder att medarbetarna i det multidisciplinära teamet kommer från olika arbetsgivare så länge det finns gemensamma mål och ett tydligt uppdrag. Många vi intervjuat har fört fram att det krävs att de individer som arbetar i multidisciplinära team är prestigelösa, ödmjuka och samarbetsvilliga. Det är inte ett arbete som

passar alla utan det verkar passa bäst för de som är lagspelare och gärna arbetar ihop och nära andra personer.

## 4.2 Personcentrering

På samma sätt som tidigare arbetsrapport ser vi att medarbetarna i teamen upplever sitt arbetssätt som personcentrerade men de reflekterar också kring att individen med flera insatser eller komplexa behov inte alltid behöver uppleva en personcentrerad vård och omsorg då de har många olika parter omkring sig. En tanke är att multidisciplinära team ändå ökar känslan av en sammanhållen vård och omsorg. På detta sätt kan multidisciplinära team bli som en trätt som fångar upp innehåll från flera verksamheter och de kan, i förlängningen, på det viset göra upplevelsen av vården och omsorgen mer personcentrerad.

Ett personcentrerat arbetssätt behövs inom alla verksamheter men också på systemnivå. Kunskapen kring hur man arbetar personcentrerat behöver genomsyra arbetet i samtliga nivåer och led i allt man gör. Upplevelsen av förståelse och engagemang i den högre ledningen är låg enligt de multidisciplinära teamen. Vi tycker att detta beskriver ett fortsatt behov av att arbeta för att öka förändringarna både i individarbete men även i mer strategiskt arbete inom kommunernas olika områden för att omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst ska nå ända fram. En reflektion vi har till varför det inte bedrivs personcentrerad vård och omsorg inom verksamheterna i tillräcklig hög omfattning kan bero på ekonomiska orsaker. Att endast se till sin verksamhet och dess budget kan försvåra omställningen till nära vård, omsorg och socialtjänst eftersom det kräver att alla aktörer samverkar och går lite utanför sin ordinarie verksamhet samt modiga politiker som har kunskap och vågar ta politiska beslut i linje med nära vård, omsorg och socialtjänst. Vår förhoppning är att detta arbete kring nära vård, omsorg och socialtjänst ska göra det lättare för politiker att fatta välgrundade beslut och att regionpolitiker och kommunpolitiker i hög grad behöver samverka kring detta.

## 4.3 Delaktighet

Det nya som framkom kring delaktighet var att det inte alltid fanns förutsättningar för alla individer att vara delaktiga i samhället. För många individer som får hjälp av multidisciplinära team kan vardagliga aktiviteter som är självklara för andra i samhället utgöra en utmaning. Det försvårar möjligheten för dem att vara delaktiga. Här ser de flesta team ytterligare en stor vinst med multidisciplinära team som kan fånga upp och stötta de individerna.

Ytterligare framträder att det är en utmaning att uppnå delaktighet vid myndighetsbeslut. Många lyfter att det vid dessa situationer krävs tydlighet, rätt mängd information och att möta individen där den är för att nå bästa resultat.

En reflektion vi gör är att det behövs en större samverkan mellan myndigheter och utförare gällande längd och innehåll på insatser som individer får via beslut. Parterna behöver varandra för att kunna fatta rätt beslut och de behöver kunna kommunicera detta med varandra i högre utsträckning. Till exempel kan nya riktlinjer upprättas inom myndigheten men det får inte individen eller utföraren inte reda på utan det kan av dessa verka som att insatser försvinner utan att individens behov har förändrats. I ett myndighetsbeslut krävs mycket samverkan med utförare för att få nya insatser att fungera och få verksamheten att kunna förbereda sig på ett nytt arbetssätt. Det är något som vi upplever delvis saknas i nuläget.

Det krävs alltid en balansgång då det gäller individers delaktighet i ärenden som innehåller myndighetsbeslut. För att öka personens delaktighet i socialtjänsten och även i de beslut som kommer via myndigheten finns ett behov av att öka kunskapen om nya arbetssätt i linje med NVOS, detta för att kunna hjälpa utsatta individer i komplexa situationer på ett personcentrerat sätt och med mer delaktighet.

## **4.4 Kunskap och kompetens**

Vidare har det framkommit resultat som fördjupar de tidigare resultaten när det gäller kunskap och kompetens. En av de största utmaningarna som socialtjänsten och vårdarbete står inför eller är mitt uppe i är bemanningen eller brist på personal för att kunna bemanna verksamheterna. Det är en utmaning för att få verksamheterna att fungera men ger även följdproblem när det kommer till att kunna vidareutbilda personal. Teamen som besitter specialkunskap och skulle kunna tillföra viktig utbildning till personal i verksamheter stöter på svårigheter när det inte finns personal eller vikarier att sätta in när ordinarie personal ska gå på utbildningarna. En annan utmaning är att statusen på yrken inom vård och omsorg behöver öka, eftersom det är ett komplext arbete och ställer höga krav på personalen som arbetar inom verksamheten. Det tar lång tid att utbilda en vikarie som sedan endast ser arbetet som en transport till en annan anställning eller utbildning. Vikarier finns inte att tillgå och därför kan inte heller den ordinarie personalen få vidareutbildning vilket gör att kunskapsnivån blir låg och att personerna inom vården och omsorgen söker sig till andra verksamheter. Alla dessa utmaningar kan leda till en arbetsmiljö med mycket stress, både psykisk, fysisk och etisk och det skapar inga attraktiva arbetsplatser. Det behövs nya sätt att arbeta som gör det möjligt att alla får använda sin kompetens på rätt sätt. Det behövs också en annan organisation av vården och omsorgen. Det kan handla om schemaplanering, att rekrytera nya medarbetare samt att behålla befintlig personal. Sammanfattningsvis handlar det om att vara en bra arbetsgivare som bryr sig om sina anställda och de individer som de är till för. Politiker och arbetsgivare behöver ta ansvar för att ge förutsättningar till att skapa en nära vård, omsorg och socialtjänst som fungerar för alla.

Den låga grundkompetens som beskrivs i verksamheterna vittnar om att den vård och omsorg som ges inte kan hålla den nivå som krävs för att kunna bedriva en bra, nära vård, omsorg och socialtjänst som är målet med omställningen. Många av teamen vi intervjuat har påtalat ett stort behov av att på strukturell nivå se till att höja grundkompetensen för personal i verksamheterna. Det är inte bara grundkompetensen i ordinarie verksamheter som behöver höjas utan även professionerna med specialistkompetens inom teamen behöver en kontinuerlig kompetensutveckling för att bibehålla och utveckla sin profession. Denna kunskapsutveckling är viktig inte bara för den enskilda professionens räkning utan är även kopplad till att arbeta i ett multidisciplinärt team.

## **4.5 Digitalisering**

När det gäller digitalisering så är det ett område som anses vara en av nycklarna för att klara utmaningarna som vi står inför eller är i. Detta är inte någon mirakellösning utan har många sidor som behöver vidareutvecklas. Digitaliseringen är ett ämne som inte är begränsat till ett område utan finns med i alla delar av nära vård omställningen. Detta är inte förvånande då det är en central del av samhället i stort. Det är intressant att se på hur digitaliseringen påverkar olika aspekter av nära vård, omsorg och socialtjänst. Det kommer att påverka på många sätt såsom kvalitet, ökad samverkan, effektivitet, delaktighet och sammantaget ger det

förutsättningar för en mer personcentrerad vård och omsorg. Digitaliseringen kan bidra till att höja kvaliteten i vård, omsorg och socialtjänst genom att ge bättre information, kommunikation och samordning mellan olika aktörer. Till exempel kan digitala journaler, egenmonitorering underlätta för individen och personal att följa upp och hantera hälsofrågor. Digitaliseringen kan öka möjligheten till samverkan i vård, omsorg och socialtjänst genom att erbjuda fler alternativ och möjligheter för individer och anhöriga. Det kan vara digitala möten, distansvård och digitala inköpsmöjligheter för att minska behovet av fysiska besök och resor.

Vidare kan digitalisering bidra till mer flexibilitet och anpassning till individuella behov och önskemål. Digitaliseringen kan förbättra effektiviteten i vård, omsorg och socialtjänst genom att förenkla processer, minska administrationen och optimera resursanvändning. Exempel på det kan vara digitala verktyg, robotar och sensorer, automatisera vissa uppgifter, underlätta dokumentation och övervakning, samt förebygga fel och komplikationer. Ett resultat av dessa exempel kan även frigöra tid och kompetens för mer värdeskapande aktiviteter med individen.

Delaktigheten i vård, omsorg och socialtjänst kan genom hjälp av digitalisering stärka patientens roll, inflytande och ansvar. Den kan skapa mer dialog, samverkan och nätverk mellan individen, anhöriga, personal och andra intressenter. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om de utmaningar och risker som digitaliseringen medför, såsom juridiska, sociala och tekniska frågor. Digitaliseringen kan skapa problem med integritet, säkerhet och minskad mänsklig kontakt. Därför krävs det en balans mellan teknik och människa, samt mellan möjligheter och ansvar.

## 4.6 Slutord

I intervjuerna med teamen har vi haft med en fråga om vad de intervjuade visste om Nära Vård, den hade vi med vid båda intervjutillfällena för att kunna mäta om det skett någon förändring. Där kunde vi se att det skett en ökning av medvetenhet om nära vård-omställningen. Det finns flera som beskriver att de varken vet mer eller mindre om nära vård, omsorg och socialtjänst nu mot vid första intervjutillfället samtidigt som det går att se en ökad kunskap om nära vård, omsorg och socialtjänst, särskilt de som arbetar mer i ledningsnivå eller inom myndigheter som säger att de hört mer om det under året än tidigare. Det vi kunde se var att många som arbetar i teamen beskriver att de inte har mer kunskap om nära vård, omsorg och socialtjänst men i det deras beskrivning av sitt arbetssätt kan vi ana att en förändring som är mer i linje med nära vård-omställningen. Ett exempel på det är organisationsförändringar mot mindre grupper där samverkan ska kunna gynnas.

Nära vård som begrepp ses som lite luddigt och flera verksamheter undrar när den nära vården ska komma. Som vi beskrev tidigare har verksamheter aktiviteter eller arbetssätt som behövs för att öka samverkan, kunna införa digitala hjälpmedel, att arbeta personcentrerat, göra individen delaktig samt bibehålla och utveckla kompetens och kunskap däremot benämns det inte som en aktivitet som är inom ramen för nära vård omställningen.

Syftet med den här rapporten är att Östergötlands kommuner får ett underlag för sitt fortsatta arbete med nära vård, omsorg och socialtjänst samt visa att de är på rätt väg. Det ger också uppslag till framtida forskning och utveckling inom detta område. Ett exempel på en sådan studie skulle vara att undersöka hur individen upplever personcentrering när de får insatser från ett team. En annan studie skulle kunna vara att utvärdera hur digitaliseringen påverkar teamens arbete och kommunikation. Det finns många spännande frågor att utforska när det gäller nära vård, omsorg och socialtjänst. Vi hoppas att detta arbete kan inspirera till fortsatt lärande och utveckling inom detta viktiga fält.

## Referenser

Andreassen, M., Asplund, J. & Davidsson, B. (2023) Omställning till Nära vård ur socialtjänstens perspektiv. En enkätundersökning. FoU Arbetsrapport 37:2022. Linköpings kommun: FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013) Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd. Lund: Studentlitteratur.

Berlemo, B., Helgstrand, L (2023) Nära vård, omsorg och socialtjänst. Brukarorganisationers upplevelser av samverkan och delaktighet. FoU Arbetsrapport 43:2023. Linköpings kommun: FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete.

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), ss.77-101.

Gestrin, D., Jutvik, B-M., Ottosson, E., Sjögren, J (2023) Nära vård, omsorg och socialtjänst. Multidisciplinära arbetssätt och team. FoU Arbetsrapport 39:2023. Linköpings kommun: FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete.

Sjögren, J. & Helgstrand, L. (2022) Omställningen till nära vård ur socialtjänstens perspektiv. En kunskapssammanställning. FoU-rapport 87:2022. Linköpings kommun: FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete.

Sverige kommuner och regioner (2023). [Nära vård | SKR](https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html) (2023-09-22). <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

Socialstyrelsen (2013). Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen.

## Bilaga 1. Intervjuguide för fokusgruppintervju

Tema	Huvudfråga	Följdfrågor/förklaring	Anteckningar
<b>Inledning</b>			
Visa spindeldiagram för att se eventuella skillnader.	Nära vård - Vad känner ni till om nära vård? Tankar om vad nära vård omställningen är.		
<b>Samverkan</b>			
<b>Citat</b>	Vad får ni för tankar av detta citat? Gå laget runt vid denna fråga.		
<b>Fråga</b>	Hur ser ni på skillnaden mellan team eller multidisciplinaritet?	Team arbete kan vara med en grupp av samma professioner, vad är skillnaden när det är multidisciplinärt?	
<b>Personcentrering</b>			
<b>Citat</b>	Vad får ni för tankar av detta citat? Gå laget runt vid denna fråga.		
<b>Fråga</b>	Hur säkerställer man att det blir personcentrerat för individen och inte personcentrerat i ett stuprör?	Alla team tycker att de arbetar personcentrerat. Hur vet vi att individen upplever det personcentrerat?	
<b>Delaktighet</b>			
<b>Citat</b>	Vad får ni för tankar av detta citat? Gå laget runt vid denna fråga		
<b>Fråga</b>	Hur skapar man delaktighet i socialt arbete eller vård där det finns myndighet och krav på individen?	Hälso Sjukvård har de delaktighet?, Socialtjänst krav som morot till delaktighet.	



<b>Kompetens och kunskap</b>			
<b>Citat</b>	Vad får ni för tankar av detta citat? Gå laget runt vid denna fråga.		
<b>Fråga</b>	Hur kan man skapa ett gemensamt lärande utan att suddas ut professions gränserna när vi arbetar i multidisciplinära team?	Lärandeperspektiv hur kan man få ett gemensamt lärande utan att suddas ut gränser till sin profession.	
<b>Digitalisering</b>			
<b>Citat</b>	Vad får ni för tankar av detta citat? Gå laget runt vid denna fråga.		
<b>Fråga</b>	Sekretess sätter ibland käppar i hjulet för att kunna digitalisera verksamheterna. Vad skulle ni behöva för att kunna arbeta mer digitalt trots sekretess.	(ex remisser, post, fax mellan olika distanser)	
<b>Avslutning</b>	Här ska vi ge en återkoppling gällande resultaten som frammit	Tid, Flexibilitet, Olika perspektiv ger ökad helhetssyn	

## Bilaga 2. Översikt av teamen som intervjuats

	Kommunstorlek	Typ av samverkan	Yrkesgrupper	Aktörer
Team 1	Mellanstor kommun	Inomkommunalt team	Biståndsbedömare, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterska	Kommunrehab, hemtjänst och socialtjänst inom kommunen
Team 2	Stor kommun	Inomkommunalt team	Sjuksköterska, skötare, specialistundersköterska samt chef	Kommunal hälso- och sjukvård, kommunal psykiatri samt socialtjänst
Team 3	Mellanstor kommun	samverkan mellan kommun och region	Fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska, sjuksköterska och biståndsbedömare	Regionens hälso- och sjukvård och rehab samt hemtjänst, kommunal rehab, hälso- och sjukvård samt socialtjänst
Team 4	Stor kommun	Inomkommunalt team	Sjuksköterska, arbetsterapeut, distriktsjuksköterska och specialistundersköterska	Kommunal hälso- och sjukvård
Team 5	Stor kommun	Inomkommunalt team	Psykolog, kurator, socialpedagog och specialpedagog	Kommunal hälso- och sjukvård, skolverksamhet och socialtjänst
Team 6	Liten kommun	Samverkan mellan kommun och region	Socialsekreterare, sjuksköterska	Kommunal socialtjänst och regional hälso- och sjukvård