

En studie av implementeringen av lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen

Christian Jensen, Mikael Löfström och Viveka Nilsson

En studie av implementeringen av lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen

Christian Jensen, Mikael Löfström och Viveka Nilsson

KFi-rapport nr 161

ISBN 978-91-87454-74-5
© KFi tillsammans med författarna 2020
KFi – Kommunforskning i Västsverige
c/o Göteborgs universitet
Box 665
405 30 Göteborg
Tel 031-786 59 00
E-post kfi@kfi.se
www.kfi.se

Innehåll

Sammanfattning.....	7
1. Implementering av ny lag inom vård och omsorg	11
1.1 Bakgrund.....	11
1.2 Studiens övergripande fokus.....	12
1.3 Syftet med delstudie två	12
1.4 Implementeringens utmaningar.....	13
1.4.1 Implementering.....	13
1.4.2 Organisationsförändring.....	17
1.4.3 Implementering och organisationsförändring i samverkan – en analysmodell.....	20
1.5 Studiens genomförande	22
2. Vård- och omsorgsföreträdarens erfarenheter av implementeringen av samverkanslagen.....	25
2.1 Sjukhusen i nätverk 4 - 6	26
2.1.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten	26
2.1.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA	30
2.1.3 Samverkanslagens konsekvenser	32
2.1.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	37
2.1.5 Sammanfattning sjukhusen.....	38
2.2 Vårdcentralerna i nätverk 4 - 6.....	39
2.2.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten	39
2.2.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA	43
2.2.3 Samverkanslagens konsekvenser	45
2.2.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	50
2.2.5 Sammanfattning vårdcentralerna	52
2.3 Kommunerna i nätverk 4 - 6.....	53
2.3.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten	53

2.3.2	Förändrad vårdplanering – SAMSA	57
2.3.3	Samverkanslagens konsekvenser	58
2.3.4	Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	64
2.3.5	Sammanfattning kommunerna.....	65
2.4	Sammanfattning av nätverk 4 - 6.....	66
2.4.1	Förändrad vårdplanering.....	66
2.4.2	Samverkanslagens konsekvenser	67
2.4.3	Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	68
3.	Implementering och förändring i samverkan	69
3.1	Implementeringens förutsättningar för förändring	69
3.2	Organisationsförändring i samverkan verkar ge en cirkulär tröghet.....	71
3.3	Hur lärande över tid kan överbrygga det tänkta och det faktiska	74
3.4	Slutsatser inför framtiden	78
	Referenser	81

Sammanfattning

Föreliggande rapport är en andra delrapportering av en studie som följer implementeringen av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) i Västra Götalandsregionen. Syftet med studien är att beskriva och analysera hur implementeringen organiseras mellan slutenvården, öppenvården och kommuner. Studien belyser samtidigt den komplexitet som föreligger i samverkan mellan de olika vårdgivarna samt innebörden av och utmaningar med samverkanslagen. Rapporten baseras på enskilda intervjuer med 27 vård- och omsorgsföreträdare och fokusgruppintervjuer där totalt 19 vård- och omsorgsföreträdare deltagit. De intervjuade utgörs av vårdcentraler, verksamhetschefer, avdelningschefer, enhetschefer, sjuksköterskor, distriktssköterskor, samordnings-sköterskor, vårdplaneringssköterskor, SAMSA-sköterskor, SAMSA-ansvariga, SAMSA-utvecklare, vårdplanerare, vårdkoordinatorer, biståndshandläggare, arbetsterapeuter och samordnare.

Samverkanslagen med tillhörande riktlinjer uppfattas av samtliga respondenter vara relevant för att förbättra samverkan vid vårdplanering och lagstiftning anses vara rätt väg att gå. Lagen är tvingande och medför att alla vårdgivare får samma förhållningsregler. Den nya lagen uppfattas i stort som ändamålsenlig med det finns utmaningar med den. Det är tre vårdgivare som ska samverka kring patienten; sjukhus, vårdcentraler och kommuner. Sjukhus och kommuner har sedan tidigare ett utvecklat samarbete och nu ska vårdcentralerna hitta sin plats i detta. Planering inför utskrivning, som i rapporten benämns planeringsmöten och/eller avstämningsmöten då detta är respondenternas benämning, sker till stor del via Skype-möten och IT-stödet SAMSA. De intervjuade på sjukhusen anser att samarbetet med kommunerna överlag fungerar väl, även om det framkommer en del synpunkter på att mötena för vårdplanering tenderar att bli allt längre när intentionen är att de ska hållas korta. En del av vårdcentralerna och primärvårdens rehabilitering upplevs dock inte delta på möten i önskvärd utsträckning och det är svårt att ordna hjälpmedel till patienterna. Vårdcentralerna själva menar att det är svårt att delta eftersom det är kort framförhållning på mötena. På några av vårdcentralerna har man tillsammans med kommunerna utarbetat en ny rutin innebärande att man har kortare Skype-möten på morgonen där vårdplaneringen många gånger

blir klar och de gemensamma mötena med sjukhusen kan hållas kortare. I kommunerna poängterar man att mötena för vårdplanering ska hållas korta och trygga upp för hemgång medan den mer långsiktiga planeringen ska ske efter sjukhusviselsen. Det påpekas att vårdcentralerna och primärvårdens rehabilitering inte är så delaktiga som man önskar.

Det gemensamma IT-stödet SAMSA upplevs vara en viktig del i vårdplaneringen och kommunikationen mellan de olika vårdgivarna. Alla vårdgivare har tillgång till samma information, men systemet har också sina brister. För sjukhusen gäller att SAMSA inte är kompatibelt med sjukhusens journalsystem med dubbeldokumentation som följd samt att vårdbegäran som andra aktörer skickar till sjukhusen sällan är korrekt ifylld. Likaså saknas det på vårdcentraler och kommuner personal som uppdaterar systemet under kvällar, nätter och helger. Kommunerna och vårdcentralerna upplever att sjukhusen inte sköter systemet på ett fullgott sätt då det saknas uppgifter i systemet som måste kompletteras, vilket försenar vårdplaneringen. Ett nytt gemensamt IT-stöd i Västra Götalandsregionen, Millennium, i vilket all hälso- och sjukvårdsinformation ska vara tillgänglig för dem som behöver den införs med början 2021.

Innebörden av samverkanslagen är enligt alla tre vårdgivarna i stort att ge patienterna en trygg och säker vård och omsorg samt korta vårdtiden på sjukhus. Detta ska ske i samverkan mellan de olika vårdgivarna. Vad gäller innehållet i lagen utifrån SIP (samordnad individuell plan) och patientperspektivet menar sjukhusen att deras roll i SIP är oklar och att de inte deltagit i så många sådana. De lyfter fram att patienten är färdigbehandlad när denne skrivs ut från en vårdavdelning och oftast inte behöver ytterligare sjukhusvård, varför man ställer sig tveksam till medverkan. Vårdcentralerna lyfter fram att de ska vara den drivande parten i SIP, att man klagjort ansvarsfördelningen på ett bra sätt och att SIP-mötena fungerar väl. Det som brukar dominera mötena är frågor relaterade till patientens behov av hemtjänst. Kommunerna pekar på att det inte skett någon större ökning av antalet SIP, även om man idag gör något fler sådana. Mötena för vårdplanering räcker ofta till och SIP kräver mycket förarbete. Representanter från sjukhusen sägs sällan vara med på SIP-mötena.

Gällande patientperspektivet poängterar samtliga intervjuade att vårdtagarna idag skrivs ut fortare från sjukhus med ökad risk för komplikationer och återinläggning som följd. Det finns inte heller alltid lediga korttidsplatser med följd att kommunerna kan tvingas ge vårdtagarna utökad hemtjänst, dubbelbelägga rum på korttidsboenden, köpa platser från andra kommuner eller privata vårdgivare eller låta dem ligga kvar på sjukhus. Den snabbare utskrivningen medför också att pa-

tienterna kan känna sig utsatta när de inte är riktigt redo för hemgång men tvingas åka hem ändå. De kan också känna sig utsatta i samband med möten för vårdplanering då det är mycket personal närvarande och man lätt fastnar i ansvarsfrågor istället för att fokusera på patientens vård- och omsorgsbehov och göra dem delaktiga i planeringen.

Förberedelserna inför samverkanslagens införande har överlag fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer till personalen på sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna. Detta har bidragit till en gemensam målbild och förtydligat ansvar och rutiner. Sjukhusen säger sig inte sakna någon information i sammanhanget och det samma gäller för kommunerna. På en av de studerade vårdcentralerna har informationsbiten inte fungerat lika bra då informationen anses ha varit otydlig och otillräcklig. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs vara god hos samtliga tre vårdgivare. Vad gäller det stöd man erhållit för att arbeta efter samverkanslagen anses förutsättningarna att hantera IT-stödet SAMSA se olika ut på olika sjukhusavdelningar. På de avdelningar som inte har särskilda SAMSA-samordnare är det svårt att hinna med både vårdarbetet och SAMSA. För kommunernas del gäller att de säger sig ha tillräckligt med stöd. De kan kontakta de SAMSA-ansvariga med frågor gällande IT-stödet och vårdplaneringsenheterna vid frågor gällande vårdplanering. Vårdcentralerna lyfter fram det stöd de har i vårdplaneringsskötorskor, SAMSA-skötorskor och SAMSA-ansvariga på sina vårdcentraler.

Studien visar samtidigt att även om delar av implementeringsarbetet har fungerat väl så har det lokala utvecklingsarbetet och det gemensamma förändringsarbetet mellan de lokala organisationerna inte varit så framträdande. Vi konstaterar i analysen att det saknas beskrivningar hur olika verksamheter gemensamt utvecklar och lär kring samverkan. Den delregionala nivån har ett uppdrag att samordna riktningen för implementeringen och förändringen. De lokala aktörerna behöver ta ansvar för det lokala utvecklingsarbetet. Om det inte sker riskerar förändringsarbetet att avstanna eller att aldrig ta fart. Det äventyrar även möjligheten att få till en samlad utveckling och istället utvecklas en flora av lokala lösningar som verkar vara helt beroende av enskilda initiativ, företrädesvis från olika professionsföreträdare. En annan konsekvens är den uppenbara underlåtenheten att organisera för ett gemensamt utvecklingsarbete för att finna lämpliga samverkansformer. Det leder till att de förändringar och anpassningar som ändå sker tenderar att utgå från den enskilda organisationens behov snarare än det gemensamma uppdraget. Det leder också till att det saknas miljöer, sammanhang och mötesplatser för utveckling där professionerna kan mötas för att våga pröva sina tankar, utmana sina erfarenheter

och lära av varandra. Vi kan se organisatoriska och kompetensmässiga inlåsningar som hindrar samverkan. Kulturen och mottaglighet för samverkan på alla nivåer behöver stärkas, bland annat behöver koordinators mandat, kompetens och förmåga kring samverkan tydliggöras och stärkas i det fortsatta arbetet, inte minst på lokal nivå.

1. Implementering av ny lag inom vård och omsorg

1.1 Bakgrund

Samverkan mellan olika huvudmän och organisationer har under många år varit en återkommande utmaning och problematik. Det gäller inte minst mellan hälso- och sjukvården och kommunernas vård och omsorg. Det finns sedan tidigare lagstiftning som syftar till att stödja och styra en förbättrad samverkan mellan dessa huvudmän. Den så kallade betalningsansvarslagen (SFS 1990:1404). Den lagstiftning som nu är aktuell från den 1 januari 2018 är, Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612), även kallad samverkanslagen.

Samverkanslagen ska främja en god hälso- och sjukvård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från den regionfinansierade öppna vården, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Samverkanslagen styr samverkan mellan landsting/region och kommun när en patient skrivs ut från slutna vård och ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Det handlar om att åstadkomma en god vård där ledtiderna mellan slutna vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt som möjligt kan undvikas.

En följd av den nya samverkanslagen har medfört att nya riktlinjer och rutiner tagits fram i Västra Götalandsregionen. Utgångspunkten för dessa riktlinjer är "Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020" och "Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård". I fokus för dessa riktlinjer och utvecklingsarbetet ligger att förtydliga ansvar och arbetsgång i de olika in- och utskrivningsprocesserna. Det är också avgörande att en långsiktigt och hållbar samverkan utvecklas, vilket exempelvis kommer krä-

va ett förtydligande av hur ansvarsfrågan operationaliseras i processernas olika delar samt i övergången mellan de olika faserna i processerna. Målsättningen är att personer som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut på ett tryggt och säkert sätt.

1.2 Studiens övergripande fokus

Utifrån den nya lagen om samverkan vid utskrivning, dess villkor och ramar samt de svårigheter som tidigare studier visat när det gäller att strategiskt och operativt organisera och styra samverkan finns det därför anledning att studien uppmärksammar två situationer eller områden (Carlén, Löfström och Theander-son, 2014; Nordström, 2016). Sammanhållande för de två områdena är de olika processer som initieras vid ett vårdbehov. Det som här uppmärksammas är hur styrning och organisering av dessa processer utvecklas för att de ska bli långsiktigt hållbara. Övergripande är det hur samverkan organiseras mellan slutenvården, öppenvården och kommunen med utgångspunkt i en samverkan där öppenvården har fått ett tydligare uppdrag att koordinera denna samverkan. Fokus för studien är därför att uppmärksamma a) under vilka villkor implementering av samverkanslagen och riktlinjerna sker, b) hur de strategiska och strukturella formerna utvecklas för att befrämja samverkan utifrån intentioner i överenskommelsen mellan Västra götalandregionen och kommunerna c) hur samverkansmöten mellan de professionella utvecklas för att befrämja exempelvis samordnad individuell planering.

1.3 Syftet med delstudie två

Detta är den andra delrapporteringen av den studie som följer implementeringen av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612). Genom en utvärdering över tid, baserad på relevanta teorier om styrning och organisering vid implementering i samverkan, genereras kunskap och lärande baserat på implementeringens resultat.

Syftet med delstudie två är att beskriva och analysera hur implementeringen organiseras mellan slutenvården, öppenvården och kommuner, med utgångspunkt i en samverkan där öppenvården har fått ett tydligare uppdrag att koordinera denna. Analysen kommer också behandla vilka tecken det finns på olika förändringsprocesser och på vilket sätt det utvecklas erfarenheter och lärande under den tid som implementeringsprocessen pågår. Studien belyser således den komplexitet som föreligger i samverkan mellan de olika vårdgivarna samt innebörden av och utmaningar med samverkanslagen samt hur lärande och

förändring kan åstadkommas i samverkan. För delstudie två uppmärksammas särskilt frågor om vilka förändringar som genomförs som ett resultat av den nya samverkanslagen och implementeringsarbetet.

1.4 Implementeringens utmaningar

Välfärdssamhällets utveckling och den ökade komplexiteten har inneburit att många reformer förväntas implementeras i samverkan mellan olika organisationer, såväl offentliga, privata som ideella. Det är ett resultat av att allt fler politikområden går från separerade formella organisationsstrukturer till gränsöverskridande tvärssektoriella strukturer som kräver aktiv samverkan (Osborne, 2010). Utmaningen är således vid implementering av reformer och politiska beslut att inte endast lösningen kan finnas i samverkan mellan organisationer där nya organisationsformer kan behöva utvecklas i form av nätverk, utan även en förväntan på att implementeringen sker i samverkan. Styrning och organisering av implementering blir när den även förväntas ske i samverkan eller leda till samverkan en intressant utmaning för de olika aktörer, inte minst professionen och de chefer som förväntas ta ansvar och skapa förutsättningar att så sker (Johansson, 2010; Berlin, m fl., 2016). En av de mer grundläggande förväntningarna är att implementeringen ska innebära någon form av förändring. Implementeringens problematik är därför nära förbunden med den rationella föreställningen om den planerade förändringen. Den enkla logiken är således att förändring förväntas följa på uppsatta mål eller klargjorda intentioner. Någon form av skillnad mot tidigare, innan implementeringen, förväntas uppstå som ett resultat av de gjorda planerna (Van de Ven & Pool, 1995). Detta gäller i hög grad för det planerade förändringsarbetet vad gäller samverkanslagen. I det följande utvecklas analysmodellens olika delar genom ett fördjupat resonemang om dels implementering, dels organisationsförändring.

1.4.1 Implementering

Uppmärksamheten på implementeringens problematik har jämfört med många andra perspektiv på offentliga organisationers lednings- och styrningsfrågor en relativt kort historik. Det var inte förrän på 1970-talet som implementering blev ett centralt begrepp inom välfärdsstatens utveckling och förvaltningsforskningen (Johansson, 2015). Den fick sin uppmärksamhet när studier visade att det inte var självklart hur komplexa reformer och välfärdsprogram kunde implementeras i offentliga politiskt styrda organisationer, det vill säga de politiska besluten genomfördes inte med automatik (Pressman & Wildav-

sky, 1984). Utgångspunkten var att implementering betraktades som en enkel händelsekedja. När det gäller politiska beslut sker implementeringen efter att beslutet tagits, vilket kan utvärderas. Det blir i denna beskrivning en hierarkisk linjär modell. Den är i viss utsträckning en idealtypisk beskrivning av implementering av policys. Modellen är med andra ord en renodlad modell som har sina begränsningar då implementeringsprocessen tenderar vara mer komplex i sitt genomförande (John, 1998).

Den traditionella synen på implementering och som under lång tid präglade utvecklingen av implementeringsteorier gör en distinktion mellan ett uppifrån-och-ner-perspektiv (top-down) och ett nerifrån-och-upp-perspektiv (bottom-up) (Hill & Hupe, 2014). Uppifrån-och-ner-perspektiv kännetecknas i stor uträkning av det som ovan benämndes den hierarkiska linjära implementeringsmodellen. I detta perspektiv utgår man från ledningens möjligheter att besluta om policys och reformer som sedan ska verkställas. Beslutsfattare kan i det här sammanhanget var såväl politiker som tjänstemän som sätter mål, riktlinjer och reglerar gränserna för verksamhetens genomförande. Till den diskussionen utvecklades ett resonemang där bland annat de strukturella organisatoriska förutsättningarna uppmärksammades. Det gav ett större fokus på implementeringsprocessen och de otal faktorer som inverkar på implementeringen som till exempel kompetens och resurser för att åstadkomma implementering liksom strukturer, rutiner och ansvarsfördelning för genomförandet (Van Meter & Van Horn, 1975).

Nerifrån-och-upp-perspektiv var en reaktion på den rationella logik som utvecklats i uppifrån-och-ner-perspektiv och tog istället som utgångspunkt den empiriska realiteten som satte förutsättningarna för implementeringen. Det är i första hand Lipsky (1980) som anses vara upprinnelse till detta perspektiv genom sitt resonemang om gräsrotsbyråkraterna (the street-level bureaucrats), vilka är human service-organisationernas personal som möter organisationernas brukare. På senare tid präglas detta perspektiv av en horisontell nätverksorganisering till stor utsträckning, vilket går under benämningen governance (Osborne, 2010). En av poängerna är att gräsrotsbyråkraterna utformar sin verksamhet utifrån den osäkerhet och oförutsägbarhet som präglar verksamheten. Det gör att verksamheten svårligen kan styras genom att ledningen sätter upp mål som sedan ska uppfyllas i den operativa verksamheten. Genom sin kontakt med brukarna får gräsrotsbyråkraterna en information som ledningen inte nödvändigtvis har och det medför att det krävs att de gör självständiga bedömningar och att de anpassar regelverket till det enskilda fallet (Lipsky, 1980).

Diskussionen mellan uppifrån-och-ner-perspektivet och nerifrån-och-upp-perspektivet på implementering har gått vidare till att utveckla ett perspektiv som tar hänsyn till de båda aspekterna, det vill säga ledningens avsikter och behov av styrning och medarbetares handlingar och behov av handlingsutrymme, för att kunna medverka till implementeringen (Hill & Hupe, 2014). Med ökad komplexitet blir det svårare att använda en enkel linjär modell för att implementera reformer. Mer komplexa reformambitioner kräver ett annat närmande av frågan om implementering framför allt för att det visar sig att såväl ledning som professionsföreträdare behöver samordna sina insatser. I de fall när den reform som ska implementeras är i behov av att olika intressen samverkar och att professionens företrädare medverkar till att reformen implementeras behövs alternativa modeller för att förstå villkoren för att införa nya riktlinjer, arbetssätt med mera. Matland (1995) har utvecklat en enkel modell för att diskutera reformers skilda förutsättningar och vad det ger för villkor för implementeringen samt det förestående förändringsarbetet. Utgångspunkten är två faktorer som kommer att påverka möjligheten eller svårigheten att implementera en reform eller policy. Det ena är i vilken grad det föreligger en konflikt mellan centrala aktörer om reformen och den andra är i vilken grad reformen är tydligt formulerad. Graden av konflikt belyser i vilken omfattning det finns en skillnad i uppfattning om målen eller vilka aktiviteter som behöver genomföras för att uppnå målen. Motsättningar kan även uppstå om behörighet att hantera olika frågor eller över förslagna åtgärder för att nå målen. Graden av oklarhet rör antingen om mål eller om medel. Politiska medel är också tvetydiga när det finns osäkerheter om vilka roller olika organisationer kommer att spela i genomförandeprocessen, eller när en komplex miljö gör det svårt att veta vilka verktyg som ska användas, hur man använder dem, och vilka effekter deras användning kommer leda till (Matland, 1995).

Om reformen eller policyns syfte eller medel är oklara eller vagt formulerade kan det vara svårt att komma överens i en förvaltningsorganisation eller bland flera organisationer. Förutsättningarna för implementering när samverkan är inblandad är att det ofta krävs överenskommelser mellan de olika aktörerna. Om reformens operativa utformning är oklar eller om aktörerna har svårt att komma överens kan det leda till osäkerhet vid implementeringen. Välfärdssamhällets utveckling mot fler komplexa problem som behöver lösas med fler aktörer inblandade gör att det föreligger en risk för större svårigheter att organisera och leda implementeringsarbetet. Om implementeringen kräver utveckling och utformning av nya lösningar är det kontextuella förutsättning-

ar såsom resurser och aktörer avgörande för resultatet av implementeringen. Överhuvudtaget krävs i sådana processer en större öppenhet för kontextuella faktorer (Matland, 1995).

Matland (1995) identifierar fyra olika implementeringsformer:

- administrativ som passar bäst när det inte föreligger någon konflikt eller otydlighet om själva reformen,
- politisk som passar vid en tydlig men konfliktfylld reform,
- experimentell som passar vid en låg konflikt men med otydligt genomförande av reformen
- symbolisk som passar där reformen är både konfliktfylld och otydlig rörande mål och medel

Nya utmaningar leder till att problem liksom lösningar identifieras gemensamt genom samverkan i nätverk mellan offentliga, privata och ideella aktörer. Det kräver dock förnyande kunskaper om hur organisering och styrning av samverkan i nätverk fungerar, och hur samordning av verksamheter och samverkan av organisationer implementeras (Bryson m fl., 2015). Utifrån ett ledningsperspektiv är detta en stor utmaning. Att på ledningsnivå i samverkan komma överens om ambitioner och resurser för en verksamhet för att åstadkomma förändring av handlingar och beteende hos inte bara den egna verksamheten, utan även andra verksamheter har visat sig vara svårt (Alexandersson, 2006). Det handlar om att det kan finnas motstridiga intressen, vilket gör att implementeringen blir en kontinuerlig förhandling. Vid horisontell nätverksbaserad styrning är aktörerna autonoma i förhållande till varandra, det vill säga de kan inte styra över varandra. Det gör att det behövs någon övergripande överenskommelse för det gemensamma arbetet och en gemensam struktur (Jensen, m fl., 2018). Det är således en utmaning för ledningen och ledningar att tillse att det finns kapacitet och incitament för att åstadkomma implementering, det vill säga att professionen har tillräckliga resurser och är tillräckligt motiverad för att åstadkomma en implementering. Då det sker i samverkan innebär det också att den nätverksbaserade styrning som genomförs vid implementering samtidigt har att hantera den traditionella hierarkiska styrningen som sker i förvaltningsorganisationerna (Lofström & Jensen, 2019).

1.4.2 Organisationsförändring

Förändring i organisationer eller organisationsförändring är, och har varit, en central fråga när det kommer till organisering av olika verksamheter under lång tid. Förmodligen lika länge som det funnits organisationer och organisering. Dock har inte ett fokus på organisationsförändring som empiriskt fenomen eller snarare benämningen organisationsförändring en lika lång historia. Det är inte förrän på 1990-talet som det får en mer påtaglig uppmärksamhet (Jacobsen, 2019). Trots att det under lång tid förhållit sig så att förändring av verksamhet i allmänhet och organisationsförändring i synnerhet är särskilt uppmärksammat samtidigt som litteraturen kring detta område ständigt växer är inte begreppet organisationsförändring sammanknippt med någon större tydlighet. Eller det kanske är på grund av att fenomenet behandlas inom så många olika discipliner som det finns uppenbara svårigheter att förklara vad som avses. Underliggande antagen om organisationsförändring är sällan klart formulerade, vilket även gäller de kontextuella förhållandena under vilken den gäller och inte minst saknas det definitioner av begreppet (Suddaby & Foster, 2017). Det gjordes redan för knappt 100 år sedan i den tidiga industrialiseringen, i en av de mer kända studierna, en del upptäckter som fortfarande idag påverkar hur vi ser på organisationsförändring. I den så kallade Hawthorn-studien identifierades bland annat något förenklat betydelsen av den sociala dimensionen, det vill säga att medarbetarnas relationer till varandra och chefer tillsammans med ett intresse att involvera dem i förändringsarbetet är betydelsefullt för att kunna genomföra en organisationsförändring (Roethlisberger & Dickson, 2003). Utgångspunkten för det förändringsarbete som bedrevs i verksamheten var ett uttryck för ledningens intention att ställa upp riktlinjer och premisser för förändring. Samtidigt visade studien på att de som verkade i den operativa verksamheten hade kunskap, intressen och erfarenheter som kom att påverka förändringsarbetet. Det ger vid handen att på samma sätt som det finns olika perspektiv på implementering, det vill säga uppifrån-och-ner respektive nerifrån-och-upp, är det även möjligt att se dessa perspektiv inom fältet organisationsförändring.

Perspektivet uppifrån-och-ner-förändring tar sin utgångspunkt i behovet av en förändring som är strategisk viktig och kan innebära stora insatser eller förändringar utifrån den nuvarande situationen. Den kan komma att påverka organisationsformen eller påverka utvecklingen av nya funktioner (McNulty & Ferlie, 2004). En annan aspekt som är central i detta perspektiv är att det förekommer förväntningar eller krav från omvärlden i form av ekonomisk, demografisk och politisk påverkan (Child, 2005). Det senare gäller inte minst i

de politiskt styrda organisationerna. Det omvända, nerifrån-och-upp-förändring anses skapa en tydligare beredskap och direkt deltagande från medarbetarnas sida. Det ger ett större utrymme att påverka förändringen utifrån hur de arbetar samtidigt som den lokala verksamhetens förutsättningar och medarbetarnas erfarenheter tas tillvara (Lupton, 1991). Den senare utvecklingen har dock visat att om förändringsarbetet allt för ensidigt förlitar sig på det ena eller andra perspektivet uppstår problem med att genomföra organisationsförändring. Uppifrån-perspektivet tenderar till att skapa allt för mycket motstånd hos medarbetarna, medan nerifrån-perspektivet visar sig öka motivationen att medverka i förändringsarbetet, men har svårigheter att hålla samman arbetet i en gemensam riktning. En kombination av dessa två perspektiv synes därför rimlig, men riskerar att förändringsarbetet snarare sitter fast i de två perspektiven. Ett alternativ till att allt för mycket utgå från den hierarkiska strukturen är att istället ta fasta på förändringens intentioner och behovet av resurser för att kunna genomföra den. I vad som kan beskrivas som ett inifrån-och-ut-perspektiv (centre-out) där såväl ledning som medarbetare samlas kring förändringsbehovet. Medarbetarna kan ges en mer aktiv roll inom sina respektive ansvarsområden och ledningen kan utifrån sitt verksamhetsansvar identifiera och planera för de förändringar som de tror är nödvändiga. Detta tillvägagångssätt kan även öka möjligheten till horisontell samordning och samverkan över de organisatoriska gränserna (Ryan, m fl, 2008).

I allt förändringsarbete finns en inneboende tidsaspekt även om den inte uppmärksammas särskilt, men vid en viss tidpunkt eller efter ett beslut förväntas något vara annorlunda eller fungera annorlunda (Pettigrew, m fl., 2001). Hur organisationsförändringen förhåller sig till tid är beroende av i vilken omfattning förändringen är medvetet styrd, det vill säga planerad. Det är en aktuell fråga överlag vid organisationsförändring, inte minst när ny lagstiftning ska implementeras som i den här studien. Finns i avsikten med förändringen ett förhållande mellan den planerade förändringen och en mer framväxande design. Till vilken omfattning och på vilket sätt är den planerad och tar den höjd för att det kan ske saker förutan planer och framtagna måldokument. I den planerade förändringen är utgångspunkten den politiska ledningens och chefers intentioner, beslut, ambitioner och planer som står i fokus (Alvesson & Svenningsson, 2008). Den grundläggande logiken är enkel. Efter beslut om inriktning och mål förväntas olika aktiviteter ta vid. Det finns i litteraturen som behandlar organisationsförändring många exempel på råd om tillvägagångssätt för att nå en lyckad förändring. Dessa handlar ofta om mer rigorös planering,

tydligare mål, klarare riktlinjer och utarbetade rutiner. Inte desto mindre visar det sig att det sällan blir som det var tänkt. I alla fall inte exakt som det var tänkt och i värsta fall inte alls som det var tänkt (Beer & Nohria, 2000). Vid planerad förändring är det uppenbart att förändringsidéen kan möta ett visst motstånd och ju starkare motståndet är desto svårare blir det att genomföra förändring. Även i de fall motståndet inte framstår som så kraftfullt påverkar det möjligheten att genomföra förändringen (Foster, 2010). Det blir helt enkelt svårare att få till stånd en förändring. Trots att det är så att idéen om planerad förändring kan vara en problematisk utgångspunkt vid förändringsarbete har den en hän- given skara anhängare.

Ett alternativ, eller i fall en kompletterande syn på förändring är den så kallade översättningsmodellen (Czarniawska & Sevón, 1996). Kortfattat och för- enklat utgår den från att idéer inte är fasta entiteter, utan att de behöver tolkas och förstås i sitt sammanhang och att de som befinner sig i det sammanhanget gör det tillsammans. Här blir förändringen i form av införandet av en lag eller reform något som är en del av en kollektiv process och något som inte sprids av sig självt. Det behövs aktörer som är intresserade av föra idéen vidare, att översätta den i det lokala sammanhang som de verkar (Czarniawska, 2015). Detta öppnar upp för att lokala tolkningar vid implementering och händelser och handlingar som inte var planerade kan ges ett handlingsutrymme då frågan inte längre är om och hur vi ska implementera som planerat, utan hur reformen utvecklas och tar form i den verksamhet som den förväntas fungera i. Översättningsmodellen förklarar hur idé och föreställning blir tydliggjord som objekt, det vill säga hur den formuleras och beskrivs för att sedan omsättas till handling och därefter institutionaliseras. Idéns översättning påverkas såväl av globala som lokala förutsättningar i tid och rum (Czarniawska & Joerges, 1996).

Det är ofta ett flertal aktörer som är inblandade i implementeringen och det medföljande förändringsarbetet. Olika funktioner har till exempel uppdraget att fatta beslut, planera för genomförandet och vara de som genomför förändringen (läs implementeringen). I politiskt styrda organisationer inte minst finns det en klar uppdelning mellan funktioner och vad vi kan beskriva som olika domäner. Det är tre domäner (politisk, administrativ och professionell) som verkar i denna typ av organisationer. Dessa domäner kan ses som åtskilda ansvarsområden inom en och samma organisation. De arbetar förhållandevis självständigt och fungerar som autonoma aktörer i organisationen. De arbetar efter olika principer eller logiker och utvecklar olika arbetssätt, strukturer, nor- mer och värderingar. De är av den anledningen oförenliga tack vare sina olikhe-

ter och samtidigt är de nära förbundna med varandra för att kunna genomföra organisationens uppdrag (Kouzes & Micos, 1979). Då samtliga tre domäner uppfattas som legitima måste samordning ske med hjälp av förhandlingar och kompromisser mellan domänernas företrädare, vilket är inte minst viktigt när en verksamhet behöver förändras och förändras till följd av en reform. En ökad komplexitet uppstår när samtliga domäner inte endast ska samordna sina insatser i en organisation, utan när de även i samverkan med andra organisationer förväntas samordna sina insatser med motsvarande domäner i andra organisationer.

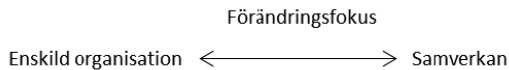
Sammanfattningsvis kan sägas att organisationsförändring är behäftad med ett flertal olika föreställningar och definitioner. Historiskt har det alltid funnits ett flertal definitioner, men det har aldrig funnits en acceptans för en definition (Suddaby & Foster, 2017). Det är inte heller poängen här, utan snarare att ange med vilka utgångspunkter som denna studie tar fasta på organisationsförändring som ett centralt fenomen för att förstå implementeringsarbetets genomförande. I det följande sammanfattas därför det teoretiska resonemanget i en analysmodell för studien.

1.4.3 Implementering och organisationsförändring i samverkan – en analysmodell

Försöket att göra klara distinktioner mellan beslutsfattande och implementering är, som texten i tidigare avsnitt visar, inte fruktbar av flera skäl (Sannerstedt, 2001). Det är många aktörer som deltar i processerna, varav en del av dem förmodligen är både beslutsfattare och deltagare i implementeringen av beslutet. Samtidigt är studien en undersökning av implementeringsprocessen vilket gör att följeforskningen i det här fallet i huvudsak får karaktären av en formativ studie, det vill säga studien medverkar till att uppmärksamma olika aspekter i implementeringen och därmed finns en möjlighet att studien också påverkar implementeringen. Studieobjektet är vad Vedung (2016) benämner ett förvaltningspolitiskt objekt, det vill säga det är en policy som är riktad mot administrationen och verksamheten med syfte att åstadkomma organisationsförändring, det vill säga förändringar av verksamheten och dess organisering. I det konkreta fallet handlar det om att implementera en ny lagstiftning som syftar till att uppmärksamma samarbetet mellan olika parter vid slutenvården. Det medför att Västra Götalandsregionen tillsammans med kommunerna inom samma område har tagit fram en överenskommelse och riktlinjer för arbetet tillsammans med ett IT-stöd, SAMSA, för att stödja kommuni-

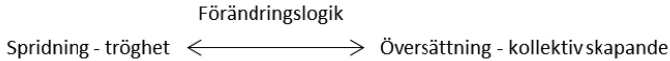
kationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland samt rutiner för arbetet med det. Implementering av riktlinjer och arbetsrutiner innebär en slags infrastruktur för samverkan mellan olika verksamheter som har olika huvudmän och som innefattar vissa föreskrivna gemensamma rutiner. I denna delstudie ägnas en särskild uppmärksamhet åt implementeringens ambitioner att genomföra förändringar i de verksamheter som är involverade: sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg.

Studiens analys kommer framför allt observera organisationsförändringens olika aspekter utifrån två förhållanden, vilka är en avvägning som aktörerna har att göra genom hela implementeringsarbetet. För det första handlar det om *förändringsfokus*, det vill säga att hitta en balans mellan huruvida man utgår från en förändring som har sitt fokus på organisationens förmåga att genomföra implementeringen eller på förändringens behov av gränsöverskridande samverkan. I det första fallet ägnas mycket uppmärksamhet åt den egna organisationens strukturella och resursmässiga förutsättningar. Planering och genomförande vänds inåt mot de egna organisatoriska och professionella förutsättningarna att lösa behovet av förändring. I det andra fallet är istället frågan om i vilken grad det finns ett intresse för att samverka mellan de olika aktörerna – organisationer och professioner – i nya förändrade eller förstärkta konstellationer. Finns det en strategi som främjar samverkan mellan olika nätverk och som uppmuntrar ett horisontellt samarbete över organisatoriska gränser (jfr Ryan, m fl, 2008).



För det andra är frågan vilken syn på implementeringens möjligheter och resultat som har företrädde i förändringsarbetet. Är det å ena sidan så att de riktlinjer och rutiner som tas fram förväntas genomföras på exakt det sättet som de föreskriver. Är det centralt att den ursprungliga idén som ligger bakom rutiner och riktlinjer håller fast och det finns en tydlig styrning och beslutsfattande för dess genomförande. I detta perspektiv uppfattas exempelvis motstånd eller andra omständigheter som skapar svårigheter en typ av hinder som motverkar den planerade implementeringen. *Förändringslogiken* präglas således av att det finns en form av tröghet som behöver hanteras för att förändringsidén ska kunna spridas i organisationen. Eller är det å andra sidan så att förståelsen i olika verksamheter för rutiner och riktlinjer ges en central betydelse för dess genomför-

ande. Det finns således en förväntan och stöd för att det förändringsarbete som sker ute i de lokala verksamheterna mellan olika grupper kommer att påverka genomförande, resultat och framtida riktlinjer och rutiner. Förändringslogiken präglas därför av att det finns en tolkning och utveckling av förändringsidén när den möter olika verksamheter och olika aktörer samt att dessa tillsammans i en kollektiv process skapar den förändring som behövs (jfr Czarniawska, 2015).



Sammanfattningsvis är således frågan om implementering en fråga om att balansera mellan det enskilda och det gemensamma, mellan förändring i en organisation och förändring i samverkan. Det är även en fråga om att förändringsarbetet balanserar mellan att driva på införandet av en idé eller att hantera och understödja olika tillämpningar av idén.

1.5 Studiens genomförande

I Västra Götalandsregionen involveras 49 kommuner, 15 sjukhus och cirka 200 vårdcentraler, rehabiliteringsenheter och privata vårdgivare. Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) är samverkansorganet som skapar en gemensam stödstruktur för samverkan mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna. Samverkan sker inom ramen för sex delregionala områden (Göteborg, Fyrbodals, Skaraborg, Södra Älvsborg, SAMLA och SIMBA). I föreliggande studie har enskilda intervjuer och fokusgruppintervjuer gjorts inom tre av dessa delregionala områden (Göteborg, Fyrbodals och SAMLA) som här benämns nätverk 4-6. I en första studie har intervjuer gjorts i Skaraborg, Södra Älvsborg och SIMBA, benämnda nätverk 1-3, som avrapporterats i KFi-rapport 153 (Löfström, Nilsson och Jensen, 2019).

I föreliggande studie har i alla tre delregionala områden enskilda intervjuer gjorts i en eller flera kommuner, två eller tre vårdcentraler samt på sjukhus knutna till kommunerna och vårdcentralerna. Fokusgruppintervjuer har företagits med representanter för både sjukhus, vårdcentraler och kommuner. Intervjupersonerna utgörs av vård- och omsorgsföreträdare och första och andra linjens chefer.

Vid de enskilda intervjuerna intervjuades totalt 27 vård- och omsorgsföreträdare verksamma i Västra Götalandsregionen. En öppen frågemanual användes som innehöll sex frågeområden och totalt 24 frågor. Det första frå-

geområdet handlade om erfarenheter av samverkan och vilka förutsättningar och hinder som föreligger i samverkan kopplad till vårdplanering. Det andra frågeområdet behandlade kunskapen om och förståelsen för samverkanslagen. Det tredje området gällde viljan att arbeta efter den nya lagen och det fjärde förutsättningar för att kunna arbeta enligt lagen. Frågeområde fem handlade om Samordnad individuell plan (SIP) och det sista området belyste patientperspektivet utifrån samverkanslagen.

Vad gäller de enskilda intervjuerna på sjukhusen har intervjuer gjorts med en avdelningschef, en enhetschef, en samordnare, en SAMSA-sköterska, en SAMSA-ansvarig (tillika arbetsterapeut) samt en vårdkoordinator (tillika sjuksköterska). De intervjuade är alla verksamma på olika vårdavdelningar. En samordnare svarar för samverkan med övriga vårdgivare i samband med patientens utskrivning och företräder sjukhuset. I rollen som SAMSA-sköterska och SAMSA-ansvarig ligger att ha hand om kommunikation i IT-stödet SAMSA för att tillsammans med övriga involverade aktörer planera patientens vård och omsorg. En vårdkoordinator håller ordning på vårdplatserna och fördelar dem mellan patienterna.

På vårdcentralerna intervjuades två vårdcentraler, två enhetschefer, en SAMSA-sköterska (tillika distriktssköterska), tre SAMSA-ansvariga (två av dem tillika arbetsterapeuter och en tillika distriktssköterska), två samordningssköterskor samt två vårdplaneringssköterskor. I rollen som SAMSA-sköterska och SAMSA-ansvarig ligger att ha hand om kommunikation i IT-stödet SAMSA för att tillsammans med övriga involverade aktörer planera patientens vård och omsorg. En samordningssköterska är fast vårdkontakt för äldre och ansvarar för samverkan med övriga vårdgivare. En vårdplaneringssköterska ansvarar för kommunikation och samverkan med övriga vårdgivare och deltar på möten för vårdplanering som vårdcentralens representant.

I kommunerna gjordes intervjuer med en avdelningschef, två enhetschefer, två SAMSA-ansvariga (tillika biståndshandläggare), två vårdplaneringssköterskor, en vårdplanerare (tillika biståndshandläggare) samt en delregional samordnare. I rollen som SAMSA-ansvarig ligger att ha hand om kommunikation i IT-stödet SAMSA för att tillsammans med övriga involverade aktörer planera patientens vård och omsorg. En vårdplaneringssköterska och vårdplanerare ansvarar för kommunikation och samverkan med övriga vårdgivare och deltar på möten för vårdplanering som kommunens representant. En delregional samordnare ansvarar för att samordna och vidareutveckla in- och utskrivningsprocesser.

Vid fokusgruppintervjuerna deltog totalt 19 vård- och omsorgsföreträdare verksamma i Västra Götalandsregionen inom både sjukhus, vårdcentraler och kommuner. De intervjuade arbetar som verksamhetschefer, enhetschefer, biståndshandläggare, vårdplanerare och utvecklare av SAMSA-stödet. Vid fokusgruppintervjuerna användes ett diskussionsunderlag med tre frågeområden. Det första handlade om förberedelser inför samverkanslagens införande. Det andra handlade om nuläget och var man står idag vad gäller implementeringen av lagen. Det tredje frågeområdet fokuserade på framtiden och dess utmaningar.

Efter detta inledande kapitel som behandlar utgångspunkter, syfte och metod för studien följer i kapitel två en presentation av det empiriska materialet. Här presenteras respektive vårdgivares syn på implementering och samverkan. I det sista kapitlet analyseras och diskuteras utifrån det empiriska materialet ur ett förändringsperspektiv vad som händer till följd av implementeringen av samverkanslagen.

2. Vård- och omsorgsföreträdares erfarenheter av implementeringen av samverkanslagen

I det följande presenteras intervjumaterialet från de enskilda intervjuerna och fokusgruppintervjuerna som företagits med vård- och omsorgspersonal och första och andra linjens chefer på sjukhus, vårdcentraler och kommuner i tre delregionala områden i Västra Götalandsregionen. Intervjumaterialet presenteras i de tre avsnitten ”Sjukhusen i nätverk 4-6”, ”Vårdcentralerna i nätverk 4-6” samt ”Kommunerna i nätverk 4-6”. Detta eftersom intervjuutsagorna i stort är snarlika både vad gäller delregionala områden och personalkategorier, men skiljer sig åt mellan de tre typerna av vårdgivare. I förekommande fall redovisas olika uppfattningar inom ett delregionalt område.

Intervjumaterialet presenteras i alla tre avsnitten under rubrikerna ”Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten”, ”Förändrad vårdplanering – SAMSA”, ”Samverkanslagens konsekvenser” och ”Förutsättningar för implementering av samverkanslagen”. Samverkan mellan de olika vårdaktörerna sker till stor del via planeringsmöten/avstämningsmöten och IT-stödet SAMSA och i avsnitten om förändrad vårdplanering behandlas därför uppfattningar om dessa möten liksom också uppfattningar om SAMSA. Planering inför utskrivning av patient benämns av respondenterna som planeringsmöten respektive avstämningsmöten och det är de benämningar som därför förekommer i rapporten. Avsnittet om samverkanslagens konsekvenser handlar om de intervjuades uppfattningar om lagens innehåll med fokus på Samordnad individuell plan (SIP) samt hur samverkanslagen påverkar situationen för patienterna. I avsnittet om förutsättningar för samverkanslagen beskrivs hur de intervjuade uppfattar den information de erhållit om lagen liksom också det stöd de erhåller för att kunna arbeta i enlighet med lagen.

2.1 Sjukhusen i nätverk 4 - 6

2.1.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten

Inledningsvis ska sägas att samtliga intervjuade tycker att samverkanslagen och riktlinjerna är relevanta eftersom samma regelverk nu gäller för alla involverade aktörer och utgår från patientens bästa. Det påpekas att lagstiftning är rätt väg att gå då man får tydliga riktlinjer och struktur på arbetet. ”Det är enda sättet för frivillighet verkar ju inte räcka.” Någon menar dock i sammanhanget att lagen skulle kunna vara tydligare så att tolkningsutrymmet minskar, vilket hade främjat en mer enhetlig vård och omsorg.

”Lagen är lika för alla. Man har något att luta sig mot. Man kan tycka att det är synd att det ska behövas.”

Andra respondenter menar att de rutiner som följde med samverkanslagen är otydliga och att man därför har kompletterat dem med egna rutiner. På det ena sjukhuset tog man på eget initiativ kontakt med biståndsenheterna i de kommuner man samverkar med för att tillsammans hitta förbättringar utifrån frågan ”Vad saknar ni från oss?” Det framkom då att biståndsenheterna upplever att deras personal under planeringsmötena lägger mycket tid på att ge patienterna information om trygghetslarm och nycklar, vilket ledde till att man i den ena kommunen tog fram en informationsbroschyr om trygghetslarm och nycklar som sjukhuspersonalen ska ge patienterna innan planeringsmötet. Då kan patienterna läsa själva och man kan ägna mindre tid åt detta moment på mötena. ”Det är en grej vi gör under våren för att se om det sparade någon tid eller blev det merarbete för oss.”

”Man får ibland ställa frågan hur påverkar den här rutinen oss och vad behöver vi göra för att kunna följa den. Då behöver man ha ett kompletterande dokument.”

På ett annat sjukhus berättar en av intervjupersonerna att hon i samband med samverkanslagens införande saknade fungerande rutiner i IT-stödet SAMSA. Enligt den intervjuade fanns det vid tidpunkten visserligen redan lathundar framtagna, men dessa var alltför generella och otydliga, varför intervjupersonen själv tagit fram en lathund som hon nu använder när hon utbildar i SAMSA.

De intervjuade beskriver också de möten som hålls för vårdplanering av patienterna. I det ena delregionala området kallas dessa möten för avstämningsmöten och i de båda andra för planeringsmöten. Det mesta av vårdplaneringen ska ske i SAMSA och mötena hållas korta. De ska trygga upp för patientens hemgång, medan den mer långsiktiga vårdplaneringen ska ske efter sjukhusvistelsen. Mötena sker oftast via Skype med representanter från sjukhus, vårdcentraler och kommuner. De intervjuade tycker att Skype fungerar bra men att det förekommer att patienterna inte alltid vet vad de deltar i på grund av bristande erfarenhet av tekniken. De anhöriga kan också ha svårt att delta i mötena eftersom kallelserna skickas med kort varsel. Det påpekas i sammanhanget att de andra vårdaktörerna förväntar sig mycket av sjukhusen i vårdplaneringen i betydelsen att de ska bistå med mycket information om patienterna.

"Samtidigt som vi har ett nytt IT-system för att göra en god planering har vi fortfarande möten som bygger på det gamla systemet där varje part ska prata med patienten. Vi har en intention på att det ska bli bättre."

"Det mest komplexa i det här uppdraget är att vi är tre olika huvudmän och privata vårdgivare. Jag upplever att vi har det största ansvaret i detta, att man förväntar sig väldigt mycket av sjukhuset."

Andra intervjuade pekar på att den tydliga gränsdragning som genom åren funnits mellan de olika vårdaktörerna har börjat suddas ut och att det är en utveckling man strävar efter. "Man försöker sudda på murarna" som en av intervjupersonerna uttrycker det. I sammanhanget nämns att man utgår från att patienten är i centrum och sedan utför åtgärder från olika håll för att göra det så bra som möjligt för denne. "Det ska vi kunna göra utan att behöva säga att det får du ta med kommunen och det får du ta med primärvården."

I det ena delregionala området framhåller respondenterna att sjukhusen inte längre kallar till planeringsmöten på samma sätt som förut, men att många vårdaktörer ännu inte förstått den nya rutinen och frågar efter en sedvanlig kallelse till vårdplanering. "Många tror att vi skickar kallelser fortfarande som i det gamla systemet, men vi skickar ingen kallelse längre utan fyller i planeringen efter hand i systemet." Sjukhusen skriver in de vård- och omsorgsbehov de bedömer att patienten har i IT-stödet SAMSA och önskar vårdcentral eller kommun ha ett planeringsmöte ordnar man det. Det är de andra aktörerna som måste påtala behovet av möte och här brister det ofta enligt intervjupersonerna.

"Vi skriver våra bedömda behov och kommunen får ta ställning efter det. Vill de komma hit och vill ha ett möte är de välkomna, men vi kallar inte till ett planeringsmöte som tidigare. Vi måste vara duktiga på att fylla i varför kom patienten in och vad har man gjort under sjukhusvistelsen här."

De intervjuade i detta delregionala område menar att kommunerna är bra på att återkoppla i SAMSA när en patient blivit inskriven på sjukhus. De ställer frågor om patienten och dennes tillstånd och berättar vilken hjälp den aktuella patienten har och skulle behöva. Bedömer de sedan utifrån den samlade informationen att ett planeringsmöte behövs så ordnar sjukhuset ett sådant. Genom informationen kan vårdcentralerna i sin tur avgöra om de vill delta i planeringsmötet. Några av de intervjuade påpekar i sammanhanget att kommunerna sedan lagens införande är mer angelägna om att ta hem patienterna från sjukhuset och att en bidragande orsak till detta är de ändrade reglerna för betalningsansvar från fem till tre dagar.

"Det som påverkar våra vårdtider på ett bra sätt är att man är väldigt på tårna på kommunen. Man är snabb med att ta hem patienterna och det har blivit väsentligt mycket bättre sedan lagen. Helt plötsligt kan de gå hem både på lördag och söndag. Det kunde de inte för något år sedan."

I det andra delregionala området menar respondenterna att samarbetet med kommunerna skiljer sig åt beroende på vilken kommun det gäller. En av kommunerna kontakter ofta själv sjukhuset så fort de ser att en patient är utskrivningsklar. "Då arbetar de proaktivt för att kunna ta hem sina vårdtagare så fort som möjligt" och "de har ett bra tänk både så att det blir ett bra flöde men också att vi inte ska ha kvar några utskrivningsklara patienter." De andra kommunerna väntar enligt respondenterna istället på en kallelse till planeringsmöte och en bidragande orsak till det är brist på korttidsplatser och otillräckligt med resurser inom hemtjänsten. "De har inte korttidsplatser och patienterna blir kvar på sjukhuset." Ytterligare en av respondenterna säger:

"En av kommunerna ringer själv och säger att de ser att det är en patient som tycks verka behöva ha planeringsmöte och hur funkar det för er på tisdag förmiddag? De andra skickar vi en kallelse och förslag på tid och i den bästa av världar kan de. Annars är det lite diskussion om tider och till slut kommer

man överens. Så blir det möte och vi bestämmer om det ska vara fysiskt eller Skype.”

I det tredje delregionala området anses avstämningsmötena inte fungera så bra. Mötena tenderar att bli längre och längre ofta beroende på att de olika vårdaktörerna inte alltid kommer överens om insatserna som patienterna behöver. Det sägs ha blivit en sämre stämning på mötena med många diskussioner och ifrågasättanden av sjukhuspersonalens bedömningar. Ifrågasättandet sker enligt respondenterna ofta inför patienter och anhöriga och ger ett oprofessionellt intryck när mötet ju syftar till att trygga upp hemgången för patienten. Intervjupersonerna pekar i sammanhanget på vikten av att tydliggöra de olika vårdaktörernas uppdrag för att förbättra samverkan. Det handlar om att tydliggöra gränserna, bena ut ansvaret och klarlägga vem som gör vad i vården och omsorgen om den enskilde.

”Avstämningsmötena blir längre och längre och väldigt lika de gamla vårdplaneringsmötena. Vi försöker hålla dem korta, men kommuner och vårdcentraler ifrågasätter mycket och undrar om doktorn verkligen har gjort rätt om utskrivningsklar. Det har blivit mer oprofessionellt. Man vet redan från början. Man får ont i magen. Är den den vårdcentralen och kommunen, måste jag ha planeringsmöte med dem.”

Vårdcentralernas deltagande i möten för vårdplanering sägs variera mellan de delregionala områdena. I det ena området menar respondenterna att vårdcentralerna inte deltar i samma utsträckning som kommunerna, vilket vore önskvärt då det är primärvården som ska vara den sammanhållande parten i samarbetet mellan de olika aktörerna. ”De lyser med sin frånvaro” som en av de tillfrågade uttrycker det. Det påpekas dock att vårdcentralernas deltagande har förbättrats sedan sjukhuset började använda sig av Skype-möten i stället för fysiska möten. I de andra två områdena menar intervjupersonerna att vårdcentralerna deltar i ganska stor utsträckning, men att deltagandet ser olika ut beroende på om det är privata eller offentliga vårdcentraler. De offentliga vårdcentralerna sägs delta i större utsträckning än de privata.

”Vårdcentralen är inte alltid med. De har möjlighet att vara med för de ser i SAMSA att det är bokat ett möte. De gör en bedömning utifrån den informationen vi skickar att det kanske bara är någon som vill ha hjälp med att

handla, städa och tvätta. Någon som kanske inte har ett stort medicinskt behov. De kommer när det är problem med mediciner och skötsel av kateter.”

”När lagen kom började vårdcentralerna vara med mer, men sedan i somras tycker jag att det har minskat. Man anställde vårdplaneringsköterskor i primärvården och de var med på många möten. Nu är de knappast med längre.”

Några av respondenterna pekar också på det problematiska i att primärvårdens rehabilitering inte är delaktig i den utsträckning man skulle önska och att det ofta blir diskussioner om deras insatser. En av de intervjuade berättar i sammanhanget om det problematiska i att ordna fram hjälpmedel till patienterna. Om hon anser att en patient behöver hjälpmedel efter sjukhusvistelsen kan hon inte kontakta primärvården och be dem ordna det förrän efter planeringsmötet eftersom det först på detta avgörs om patienten ska skrivas in i primärvården. Då patienten ofta åker hem redan dagen efter planeringsmötet, och det är svårt att ordna fram hjälpmedel på så kort tid, är det enligt respondenten önskvärt att kunna påbörja processen med hjälpmedel redan innan planeringsmötet.

”Det fungerar snarare tvärtom. Hyfsat till att börja med har blivit sämre och sämre. Rehab har inte varit med på tåget. Det är stridigheter om hjälpmedel, vad som är akut och inte akut. De är inte med på avstämningmötena.”

Intervjupersonerna lyfter fram det viktiga i att rehabilitering medverkar i vårdplaneringen i större utsträckning då de ofta har en betydande roll i patientens fortsatta vård och omsorg efter sjukhusvistelsen.

2.1.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA

En annan del av vårdplaneringen och en förutsättning för kommunikation mellan olika vårdgivare IT-stödet SAMSA. De intervjuade påpekar att SAMSA är ett bra system, bland annat för att man snabbt får tag på varandra och inte behöver ägna lika mycket tid åt att försöka nå varandra på telefon. Det påpekas att man förut kunde hålla på en hel dag med att jaga fatt på personer. Några av de intervjuade som arbetar i SAMSA, är dock inte helt nöjda med den information som läggs in i detta. Till exempel tycker man att det första meddelandet, den så kallade vårdbegäran, som aktörer utanför sjukhuset skickar när de vill att en patient ska läggas in på sjukhus, ganska sällan är korrekt ifylld och att detta

är viktigt för att sjukhuset ska kunna ge ett gott omhändertagande. Det påpekas också att det innebär merarbete för sjukhusen att få fatt på rätt information om patienten. ”Då får man ringa och hålla” på som en av respondenterna uttrycker det. Ibland saknas vårdbegäran helt och hållet.

”I stort sett fungerar det bra, men det finns bra och dåligt med SAMSA. Fördelen är att det är lättare att få tag på kommunen via SAMSA. De svarar fort de flesta. När jag behöver få tag på en biståndshandläggare skickar jag bara ett meddelande i SAMSA och i regel svarar de ganska omgående.”

”Egentligen ska kommunen skicka en vårdbegäran till oss när de skickar in en patient som har insatser. Det är väldigt sällan vi får det. I fredags hade vi 19 patienter inskrivna i SAMSA och fem av dem hade vi vårdbegäran på. Det saknas ofta och det är svårare för oss att starta upp ett ärende.”

Respondenterna lyfter också upp det problematiska i att det inte går att kopiera in text i SAMSA från journalsystemet, vilket medför mycket dubbeldokumentation som är tidskrävande. Samma person berättar också att kraven på dokumentationen är stora, och ger som exempel att man inte kan göra nästa moment i vårdplaneringen om inte det förra är klart, med följd att man inte kan skriva att patienten är utskrivningsklar förrän en epikris gjorts och dessa kan bli fördröjda.

Vem som sköter SAMSA och i vilken omfattning varierar mellan sjukhusen. På det ena sjukhuset har man under vardagar på alla avdelningar planeringssköterskor som arbetar i systemet, dock med lite olika tjänstgöringsgrad. ”I en del verksamheter har vi planeringssköterskor heltid och det fungerar bra för då blir det kontinuitet och man har en överblick hur verksamheten och veckan ser ut.” Det berättas att man har avsatt 0.8 tjänstefaktorer per enhet men att flera enheter har tappats med svårigheter att rekrytera. På de båda andra sjukhusen har vissa avdelningar särskilda SAMSA-samordnare som hanterar systemet, medan andra avdelningar inte har det med följd att sjukvårdspersonalen ofta är stressad och överbelastad eftersom de måste sköta systemet.

”Mycket handlar om information och SAMSA är ett bra system för att ge information, det är bara det att det krävs mer administrativ personal än man tror. Någon måste gå in och kolla meddelanden flera gånger om dagen. Den

personen kan inte jobba fysiskt med patienter också. På sjukhusen har vissa samordnare på avdelningen.”

”Verktyget fungerar bra så länge vi har folk med tid och kunskap att dokumentera i det. Svårigheten är främst bristen på resurser. Man hinner inte. Är det mycket att göra är SAMSA inte så viktigt, men vi har kommit en bit på vägen att detta är viktigt för våra flöden och ekonomi.”

Intervjupersonerna lyfter också fram att det i kommunerna och på vårdcentralerna inte finns personal som uppdaterar systemet under kvällar, nätter och helger och att detta är ett hinder i vårdplaneringen. ”Kommer det in en patient på fredag eftermiddag finns det ingen på bistånd förrän måndag morgon och vi vet inte vad den har för insatser hemma.” Det berättas att det 2021 införs en ny gemensam IT-tjänst i Västra Götalandsregionen, Millennium, i vilket all hälso- och sjukvårdsinformation ska vara tillgänglig för dem som behöver den, både medarbetare, patienter och invånare. Flera av respondenterna menar att de nyss nämnda svårigheterna då kommer att förbättras.

2.1.3 Samverkanslagens konsekvenser

Samtliga respondenter menar att samverkanslagen handlar om att ge patienterna den vård och omsorg de behöver samt tillhandahålla en säker och trygg utskrivning, inte minst genom att säkra upp att alla vårdgivare som ska hjälpa den enskilde är förberedda när patienten lämnar sjukhuset. Lagen syftar också till att patienter som inte längre behöver slutenvårdens resurser inte ska vara kvar på sjukhus i onödan. Likaså betonas att övergången till nästa vårdgivare ska ske snabbt och smidigt och skapa trygghet för patienten. Lagen handlar också enligt intervjupersonerna om att tydliggöra ansvaret för respektive part.

”Det ska bli en säker utskrivning för patienten och säkerställa informationsöverföringen. Man ska inte vara på sjukhus om man inte behöver slutenvårdens resurser.”

”Att patienten blir väl omhändertagen, att man inte behöver åka till akuten och inte behöver onödiga sjukhusinläggningar, utan att mycket kan lösas nära patienten med en god primärvård och god specialistvård som åker ut i hemmet. Och med en god kommunal hemsjukvård som kan ge behandlingar.”

Lagens intentioner innefattar även enligt en del respondenter att mer eller mindre tvinga in primärvården i vårdplaneringen eftersom den upplevs brista i sitt deltagande.

2.1.3.1 Samordnad individuell plan

Under intervjuerna skulle respondenterna också berätta hur de upplever arbetet med samordnad individuell plan (SIP) som genom samverkanslagen hamnat mer i fokus samt även beskriva hur samverkanslagen påverkar situationen för patienterna. Vad gäller SIP är en sådan enligt intervjupersonerna befogad för att klargöra ansvar när patienten behöver insatser från flera vårdaktörer. Det är vårdcentralerna, i egenskap av fast vårdkontakt, som har ansvaret att kalla till SIP, så till vida inte sjukhuset har uppmärksammat ett behov av möte för då ligger ansvaret på sjukhuset. ”Det är sagt att vårdcentralen ska kalla om inte sjukhuset ser att det behövs en SIP.” Det påtalas att det inte sker särskilt många SIP på sjukhus då de oftast genomförs i patienternas hem, men ibland också på korttidsboende. De gånger en SIP är motiverad på sjukhus är när patienten behöver mycket utrustning med sig hem och när en gedigen genomgång med flera personalkategorier är nödvändig.

”Det finns en rutin för SIP som ska göras när patienten har behov av samordnade insatser i sitt hem. SIP bör göras i patientens hem, vilket gör att vi på sjukhuset har i stort sett inga SIP för vi gör en kortsiktig planering från steget att patienten är klar på sjukhus till att den kan klara sig i sitt eget hem. SIP är för hur det ska fungera i hemmet långsiktigt.”

En av de intervjuade har deltagit i flera SIP, en har aldrig deltagit i någon, medan övriga har deltagit i ett begränsat antal. ”Jag har inte deltagit i ett enda SIP-möte och det är nog för att våra patienter inte ingår i den kategorin som man gör SIP-möten med” och ”jag har bara varit på SIP två gånger för det är inget vi gör, bara om det är en krångelpatient”. Respondenterna ställer sig frågande till medverkan i SIP, då patienten är färdigbehandlad när denne skrivs ut från en vårdavdelning och oftast inte behöver ytterligare sjukhusvård. Det förekommer att sjuksköterskor inom öppenvården blir kallade till SIP utifrån sin specialistfunktion, vilket enligt respondenterna är mer befogad. ”Det är öppenvården som ska sköta den biten och som sköterska från en vårdavdelning ser vi inte värdet av detta.” Från vårdcentralen deltar ofta en sjuksköterska och från kommunen en biståndshandläggare. Ibland medverkar även hemtjänst, hem-

sjukvård och rehabilitering beroende på patientens sjukdomshistoria. Ibland kan vårdcentralerna enligt en av intervjupersonerna tycka att det är onödigt att de är med på SIP om patienten inte behöver så mycket insatser från dem.

"I SIP deltar för vår del öppenvården på sjukhuset, mobila team kan vara med i SIP och kuratorer kan vara med i SIP. För äldre är det oftast att det behövs kommunal hemtjänst och hemsjukvård."

Det framkommer att sjukhusets roll på mötena är oklar och att det inte är tydligt definierat vad som förväntas av dem som deltar. "Det är ganska luddigt vad som förväntas utifrån sjukhusets roll." Den ena av respondenterna arbetar som SIP-samordnare säger att "jag vill veta vad som förväntas av mig som SIP-samordnare och jag tycker man har misslyckats lite utifrån vad sjukhusets roll är". Hon får ständigt höra att sjukhuset måste delta i fler SIP och förser dem som arbetar på öppenvårdsmottagningar med kunskap om SIP så att de kan kalla till och bli kallade till en SIP och genomföra ett sådant möte. En av de intervjuade menar att primärvården anser att det görs för få SIP och därför förespråkar fler sådana, vilket kan böttna i att de får ersättning för att göra SIP.

"Flertalet gånger har representanter från primärvården sagt att vi fått till oss att vi måste ha fler SIP. De har ju fått en peng och det har blivit någon slags morot."

Intervjupersonerna berättar också att det finns riktlinjer för hur en SIP ska gå till som är framtagna inom Västra Götalandsregionen (Riktlinje för samordnad individuell plan) med en rad punkter som ska gås igenom innan, under och efter mötet. En SIP ska också följas upp med ett möte i patientens hem.

2.1.3.2 Patientperspektivet

På frågan hur samverkanslagen påverkar situationen för patienterna menar samtliga respondenter att de hoppas att lagen ska medföra att patienterna erhåller en god vård och omsorg och en trygg och säker hemgång. Respondenterna berättar också att patienterna idag blir utskrivna från sjukhus fortare, föranlett av att kommunernas betalningsansvar inträder efter tre istället för fem dagar. Detta är enligt intervjupersonerna inte helt problemfritt. Patienterna ska visserligen inte uppta vårdplatser i onödan, men en alltför snabb hemgång innebär ökade risker för komplikationer med återinläggning som följd. "Förut kanske

patienterna som var utskrivningsklara låg två till fyra dagar och väntade på en korttidsplats, men nu är det nere på en till två dagar.”

Den snabbare utskrivningen från sjukhus ökar behovet av korttidsplatser. I två av de delregionala områdena finns det enligt intervjupersonerna inte tillräckligt med korttidsplatser och följden blir att inte alla patienter kan erhålla en sådan plats. Då får man lösa det genom närståendes hjälp eller hemtjänst. Kommunerna kan också köpa platser av andra kommuner, privata aktörer eller låta patienten ligga kvar på sjukhuset ytterligare en tid.

”Korttidsplatser är svårt att få. Det är nästan omöjligt och jag tror att kommunerna dragit ned väldigt mycket på det. Det kan ställa till det för det är jättemånga som är ledsna och oroliga. Emellanåt märker man det också för de kommer ju snart tillbaka.”

I det tredje delregionala området berättar respondenterna att patienterna visserligen i stor utsträckning erhåller en plats på korttidsboende efter sjukhusvistelsen, men att en bidragande orsak till det är att de numera blir tilldelade en korttidsplats oberoende var i kommunen de bor. ”Den som står på tur får oavsett om du bor i den stadsdelen eller inte.” Patienten får första lediga plats, vilket inte alltid är optimalt. Det blir till exempel svårare för personalen att göra de hembesök som krävs för att patienten ska kunna återgå till sitt eget boende. ”Förut hade man korttidsplatser i den delen man bodde och då gjorde man naturligt ett hembesök för det.” Ännu en nackdel med denna platstilldelning är att anhöriga kan få svårare att hälsa på och i förekommande fall hjälpa patienten. I sammanhanget nämns också att det blivit vanligare att man först låter patienten vara hemma i sitt eget boende på prov med hemtjänst för att se om det räcker med den sortens stöd då det är billigare med hemtjänst än korttidsboende. Långt ifrån alla patienter vill dock enligt respondenterna vara i sitt hem direkt efter sjukhusvistelsen. I en del fall har det inte gått att ordna korttidsplats och patienten har fått vara kvar på sjukhus, vilket enligt de intervjuade inte är riskfritt då man kan få vårdrelaterade infektioner.

”Fördelen med den nya lagen är att de [kommunen] har tre dagar på sig och de tar hem patienterna fortare än innan. Likadant korttidsboende, de letar mer över hela stan nu. Förut var det att de skulle komma till sin egen stadsdel och de fick vänta. Sedan lagen är det inte så för de kommer fortare hem från sjukhuset.”

"I går hade jag en patient som vill till korttidsplats men är för sjuk för det och då säger biståndshandläggaren att du är för sjuk för det och kan få komma hem med hemtjänst. Det är ju inte det den personen vill. Ska jag redan ut."

De intervjuade tillfrågades också om vad de gör för att säkerställa att patienten får en god vård och omsorg och pekar då på den stora roll patientens egen delaktighet i vårdprocessen har, där planeringsmötena/avstämningsmötena och SIP-mötena fyller en viktig funktion. Det poängteras att patienterna måste få komma till tals på mötena och att personalen försöker ta hänsyn till deras önskemål så gott det går. Det sägs i sammanhanget också att anhöriga borde ges större möjlighet att delta i vårdplaneringen genom att senarelägga mötena då det många gånger är svårt för dem att vara med på grund av arbete. "Jag skulle vilja att man jobbade lite mer flexibelt och hade vårdplanering senare på eftermiddagarna så att de anhöriga kan vara med." I sammanhanget nämns också vikten av att säkerställa att alla hjälpmedel patienten behöver i hemmet är ordnade innan hemgång då detta inte alltid fungerat. Patienten ska känna sig trygg inför hemgången.

"Emellanåt på de här avstämningsmötena kanske de känner sig inte hörda eller man får inte det man ansöker om. Man får sitta en del ibland efter möte-för att de är ledsna och känner sig otrygga inför hemgången."

De intervjuade ombads också beskriva situationer i vilka patienterna kan känna sig utsatta och nämner då att en sådan är när patienterna inte känner sig redo för hemgång och gärna vill stanna kvar på sjukhus några dagar till, men tvingas hem ändå. "De kan tycka att de är sämre än professionen tycker och gärna skulle vilja stanna några dagar till på sjukhus." Det berättas också att det omvänt finns personer som ligger kvar på sjukhus i väntan på en korttidsplats, men bara vill komma därifrån. "I värsta fall någon vecka och det kan också vara jobbigt för patienterna." Det förekommer också att patienterna inte får beviljat de hjälpinsatser i hemmet som de önskar och känner sig ledsna och åsidosatta. Ibland kan det också vara så att anhörigas bild av personens tillstånd och dennes egen bild inte stämmer överens och att man då måste ta hänsyn till patientens uppfattning. Anhöriga kan tycka att deras föräldrar är mycket sämre än vad de egentligen är och blir upprörda när de tackar nej till hjälp i hemmet.

2.1.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

2.1.4.1 Information kring lagen

De intervjuade menar att de har fått både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och de tillhörande riktlinjerna och inte saknar någon information egentligen. Endast en av respondenterna är inte nöjd med den information hon erhållit med motiveringen att det inte tydligt framgick hur de olika vårdaktörerna skulle samverka, bara att de skulle samverka i större utsträckning.

”Då jobbade jag i kommunal verksamhet. Vi fick åka till Borås en halvdag och det var en omfattande och gedigen information. Jag fick även information på min dåvarande arbetsplats från min MAS vid upprepade tillfällen. Det var mycket och komplext och inte helt lätt att ta till sig.”

En annan av respondenterna berättar att man i samband med samverkanslagens införande hade bra möten där både sjukhus, primärvård och kommuner deltog för att diskutera lagen tillsammans, men att det sedan dess inte blivit några uppföljande möten såsom det var tänkt. Ytterligare en av respondenterna berättar att hon och hennes kollegor själva svarat för utbildning gällande samverkanslagen och därmed har fått sätta sig in i regelverket extra noga.

2.1.4.2 Stöd i arbetet med lagen

Motivationen bland personalen att arbeta enligt samverkanslagen uppfattas överlag vara god. En av de intervjuade påpekar dock att motivationen är högst varierande, alltifrån den personal som är jätteintresserad av det som rör samverkanslagen till den som är näst intill ointresserad. ”Den ökar även om upplevelsen är att regionen inte har förstått hur mycket tid detta tar.” Några av de intervjuade menar dock att motivationen för samverkanslagen inte alltid är så god beroende på missförstånd gällande SIP. En del av personalen sägs inte riktigt ha förstått att man kan ha SIP hemma hos patienterna och att sjukhuset inte alltid behöver vara med på dessa och tycker därför att SIP tar mycket tid.

När de intervjuade berättar om det stöd de har för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen handlar deras resonemang mycket om IT-stödet SAMSA. De berättar att förutsättningarna att hantera SAMSA ser olika ut på olika enheter. Vissa vårdavdelningar har särskilda SAMSA-samordnare som har hand om registrering i systemet och håller ihop vårdplaneringar, medan andra inte har det. Samordnarna skriver in patienter, skickar meddelanden och

planeringsunderlag och har hand om utskrivningar. De avlastar därmed sjuksköterskorna. "Genom samordnarna har man lyft bort en del administration från sjuksköterskorna". På de avdelningar som inte har samordnare sköter sjuksköterskorna SAMSA på egen hand. En av de intervjuade arbetar som vårdplaneringskoordinator och berättar att det i hennes roll förutom att ha hand om vårdplaneringar även ligger att stötta SAMSA-samordnarna på sjukhuset i deras arbete. "Vårdplaneringskoordinatorerna är samordnarnas stöd som är sköterskornas stöd."

"Det behövs minst en på varje avdelning som har avsatt tid för detta. Jag vet inte varför det ser så olika ut, men här såg man att behovet finns eftersom vi har mycket patienter som behöver hjälp från kommunen."

"Man behöver ha någon på varje avdelning som har ett övergripande ansvar för SAMSA. När man är ute som sjuksköterska på avdelningen hinner man inte. Man måste prioritera patienterna. Vissa har SAMSA-sköterskor men många har det inte."

En av de intervjuade menar dock att stödet kunde vara bättre. Enligt intervjupersonen är stödet på sjukhuset ytterst sparsamt med följd att avdelningarna blir "små egna öar och har egna rutiner". Man hittar på egna varianter av hur lagen ska efterlevas med följd att det inte blir någon enhetlighet. "När man inte har det blir det att man hittar på egna varianter."

2.1.5 Sammanfattning sjukhusen

Samtliga intervjupersoner på sjukhusen menar att samverkanslagen och tillhörande riktlinjer är relevanta och ändamålsenliga. Vad gäller vårdplaneringen diskuterades denna under intervjuerna utifrån möten för vårdplanering och IT-stödet SAMSA. Mötena sker idag oftast via Skype. I två av de studerade delregionala områdena anses samarbetet med kommunerna i vårdplaneringen överlag fungera väl. De anses vara bra på att återkoppla med information om patienterna och arbetar proaktivt. I det tredje området upplevs mötena för vårdplanering bli allt längre och kommunerna ifrågasätta sjukhuspersonalens bedömningar. Samarbetet med vårdcentralerna fungerar bra i två av områdena, även om deltagandet på möten varierar mellan de offentliga och privata vårdcentralerna där de offentliga är mer engagerade. I det tredje området upplever man att vårdcentralerna inte prioriterar möten för vårdplanering. Primärvår-

dens rehabilitering anses inte heller vara så delaktig som man önskar. IT-stödet SAMSA anses i grunden vara ett bra system för vårdplanering men fungerar inte helt ändamålsenligt. Journalsystemet är inte kompatibelt med SAMSA, vårdbegäran sällan korrekt ifylld och det saknas personal på vårdcentraler och kommuner som uppdaterar systemet på kvällar, nätter och helger.

Vad gäller innehållet i samverkanslagen menar samtliga intervjuade att lagen i stort handlar om att ge patienterna den vård och omsorg de behöver och tillhandahålla en säker och trygg utskrivning. Samverkan kring patienterna mellan de olika vårdgivarna lyfts också fram som en grundläggande del av lagen. Om innehållet i lagen utifrån samordnad individuell plan (SIP) och patientperspektivet säger respondenterna att de endast har deltagit i ett begränsat antal SIP och menar samtidigt att sjukhusens roll på SIP-mötena är oklar. De lyfter fram att patienten är färdigbehandlad när denne skrivs ut från en vårdavdelning och oftast inte behöver ytterligare sjukhusvård, varför de ställer sig tveksamma till medverkan. Gällande patientperspektivet poängteras att vårdtagarna idag skrivs ut fortare från sjukhus med ökad risk för komplikationer och återinläggning följd och att det inte alltid finns lediga korttidsplatser. Det lyfts också fram att patienterna kan känna sig utsatta när de inte är riktigt redo för hemgång men tvingas åka hem ändå.

Förberedelserna inför samverkanslagens införande har fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer och man säger sig inte sakna någon information. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs överlag vara god. Vad gäller det stöd man erhåller för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen anses förutsättningarna att hantera IT-stödet SAMSA se olika ut på olika avdelningar. På de avdelningar som inte har särskilda SAMSA-samordnare är det svårt att hinna med både vårdarbetet och att sköta SAMSA.

2.2 Vårdcentralerna i nätverk 4 - 6

2.2.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten

Samtliga respondenter anser att samverkanslagen och riktlinjer är relevanta då de är tvingande och sätter patienten i centrum. ”Lagen är relevant, är det en lag så blir det ju gjort i alla fall”, ”jag har all respekt för att man lagstiftar kring sjukvården och det är beklämmande egentligen att vi inte lyckas bättre än vad vi gör” och ”det är okej att tvinga fram samverkan”. Lagen anses ha ökat kom-

munikationen mellan de olika vårdaktörerna och därmed också förståelsen för varandra.

”Jag tror inte man kommer någonstans om man inte lagstiftar. Då blir det för mycket tyckande och alla gör på sitt sätt och det blir ingen struktur i någonting.”

Några av de intervjuade berättar att man på deras enheter vid lagens införande upplevde att de rutiner som fanns var otydliga, och att man kompletterat dessa med egna rutiner. Samverkanslagen öppnar upp för egna tolkningar, varför den behöver konkretiseras på ett sätt som passar den aktuella verksamheten. ”Lagen är otydlig och tolkas olika mellan de olika aktörerna” och ”vi har utifrån rutinerna gjort en lokal rutin så att det ska bli lite mer överkomligt”. Enligt de intervjuade hänför sig de nya rutinerna bland annat till vårdplaneringen där man kortat ned mötestiden, då planeringen till stor del sker i IT-stödet SAMSA.

En av respondenterna berättar att vårdcentralen i samband med samverkanslagens införande tillsammans med sjukhus och kommuner bildade en arbetsgrupp för att diskutera rutiner, men som bara blev ”krig och elände” på grund av motsättningar högre upp i organisationen där man inte riktigt kunde sätta sig in i vårdverksamheten. ”De har ju ingen aning om vad vi gör” som respondenten uttrycker det.

De intervjuade ombads också berätta om de möten där vårdplanering för patienterna äger rum. I det ena delregionala området benämns mötena avstämningsmöten och i de båda andra områdena planeringsmöten. Det mesta av vårdplaneringen ska ske i SAMSA och mötena hållas korta. De ska trygga upp för patientens hemgång, medan den långsiktiga vårdplaneringen ska ske efter sjukhusvistelsen. På mötena deltar representanter från sjukhus, vårdcentraler och kommuner och mötena hålls oftast via Skype. Skype uppfattas vara ett bra sätt att ha möte på men har sina nackdelar också. Många av patienterna är äldre och har inte så stor erfarenhet av tekniken och vet därför kanske inte alltid vad de deltar i. ”Patienterna är ofta äldre och det är nytt för dem.” De intervjuade lyfter också fram vikten av att de anhöriga ges möjlighet att närvara på mötena. ”Det är inte alltid de anhöriga kan vara med på mötena för de ligger ofta på kontorstid och bara där är det risk för att patienten hamnar i kläm.” Ytterligare en av de intervjuade menar att:

"Det är sjukhusen som äger avstämningsmötena och bokar och planerar men det blir konflikter. Anhöriga tror att det är vårdplanering, men det är ett snabbt möte som ska trygga upp hemgång."

Respondenterna i det ena delregionala området pekar på det svåra att delta i planeringsmötena eftersom det är kort framförhållning på dessa. Man kan inte frigöra tid med så kort varsel som sjukhusen önskar, utan får i stället försöka komplettera med information i efterhand. Det framkommer också synpunkter på att sjukhusen tycks strunta i att vårdcentralerna inte kan delta i planeringsmötena, trots att deras fasta vårdkontakt ska ha en sammanhållande funktion för patienterna.

"Det som är sämst med detta är att jag en eller två dagar före får reda på att det ska vara ett planeringsmöte mellan klockan 14 och 15. Jag kan inte vara med för jag har patientarbete också. När jag är med är det via Skype. Det är kort framförhållning på planeringsmötena. Om det är 1-2 dagar har jag inte en chans att vara med."

"Jag skulle gärna sitta med på fler planeringsmöten men det går inte. Sjukhuset och kommunen bryr sig inte om att vi inte kan vara med. Jag skriver till sjukhuset och frågar om det behövs insatser från primärvården. Skickar jag tio sådana får jag svar på ett. Ibland tror jag inte de vet skillnaden på primärvård och kommun."

I de båda andra delregionala områdena pekar de intervjuade på att planeringsmötena/avstämningsmötena numera ska hållas korta men att de ofta tenderar att bli mer omfattande än tänkt. "Vi kan inte prata soptömning på avstämning" och "på avstämningsmötet ska man bara ställa de mest nödvändiga frågorna och man vill komma ifrån att man planerar i detalj". Det poängteras att den långsiktiga vårdplaneringen ska ske efter sjukhusvistelsen och vid behov ska en SIP (samordnad individuell plan) genomföras. Det framkommer synpunkter på att det bästa hade varit om man hade en SIP direkt utan planeringsmöte/avstämningsmöte, men att det inte låter sig göras då man innan en SIP först måste informera patienten om vad den innebär och sedan inhämta samtycke. En av de intervjuade som arbetar på en privat vårdcentral menar att hon bara deltar i planeringsmöten om det verkligen är nödvändigt för hon lägger hellre tiden på

hembesök hos patienterna. Respondenten säger sig ha frekvent kontakt med kommunerna och därför blir en del planeringsmöten onödiga.

I de båda nyss nämnda delregionala områdena har vårdcentralerna tillsammans med kommunerna utarbetat en ny rutin där man har kortare Skype-möten på morgonen, antingen dagligen eller tre gånger i veckan och det är vårdcentralerna som är sammankallande. På mötena deltar oftast vårdplaneringssköterskor från vårdcentralerna samt vårdplaneringssköterskor och hemsjukvårdspersonal från kommunerna. I förekommande fall deltar rehabilitering och/eller biståndsenhet också. Sjukhusen deltar inte på mötena. Enligt respondenterna blir vårdplaneringen många gånger klar på dessa möten, varför planeringsmötena/avstämningsmötena med sjukhusen kan hållas kortare. ”På de mötena är det många gånger som allting blir klart innan hemgång” och ”förut var det mycket ad hoc lösningar på fredag eftermiddag som inte sker idag”. Ytterligare en av de intervjuade säger så här:

”Vi har avstämningsmöten varje morgon där vi går igenom vad vi tycker och vad vi tänker och vad som pågått på vårdcentralen. Den är kommunen med på. Med sjukhuset har vi vårdplanering.”

Det påtalas att de privata vårdcentralerna inte är så engagerade i planeringsmötena/avstämningsmötena och inte heller primärvårdens rehabilitering. En av de intervjuade som arbetar på en rehabiliteringsmottagning menar att han aldrig deltagit i ett planeringsmöte och att rehabilitering helt enkelt ofta glöms bort i sammanhanget och därför missar många av mötena. Enligt Vårdval Rehab ska patienten själv välja rehabiliteringsenhet och om detta inte görs ska sjukhuset göra det i patientens ställe. Sådana rutiner tycker sig den intervjuade ännu inte se på sjukhusen och tillägger att det tidigare fungerade bättre då vårdcentralernas rehabiliteringssköterskor lade till rehabiliteringsenhet i SAMSA. Samma sak konstateras även av andra respondenter.

”Rehabmottagning läggs sällan till och ofta sent i processen. På sjukhusen frågar man inte rutinmässigt om det. Det fungerade bra ett tag när vårdcentralernas rehab-sköterskor lade till oss som rehabmottagning i ärendet. De bestämde sig bara för att sluta lägga till oss. För det skulle göras på sjukhusnivå.”

”Man får skriva och påminna om att fylla i information. Det har varit bekymmer med att man glömt lägga till rehab så att även de kan se det här. Det är sjukhuset som ansvarar för att göra det.”

Ytterligare en intervjuperson från en annan rehabiliteringsenhet menar på samma sätt att han inte deltar i planeringsmöten i någon större utsträckning, utan istället deltar i vårdplaneringen via SAMSA där man delar med sig av den information man har kring patienten. Anledningen är att det är fört kort varsel för att man ska kunna vara med. ”Vi har inte möjlighet att sitta med tom kalender och vänta på att det möjligen skulle vara ett planeringsmöte som är aktuellt för vår del.”

2.2.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA

Vårdplaneringen sker idag till stor del via IT-stödet SAMSA och är en förutsättning för kommunikation mellan olika vårdgivare. SAMSA uppfattas vara ett bra kommunikationsverktyg.

”Sjukhuset skriver i planeringsfliken vad som hänt och är de inskrivna sedan tidigare skriver kommunen i det och jag skriver i vad som hänt på vårdcentralen. Det gör vi bra måste jag säga.”

En del av respondenterna menar dock att kommunerna sköter SAMSA bättre än vad sjukhusen gör och att det är svårt att få till en diskussion med sjukhusen kring detta. ”Det känns som att vi ska sköta vårt och de sköter sitt och allt som sker innanför sjukhusets väggar har vi svårt att komma in i.” Det saknas enligt de intervjuade ofta nödvändig information om patienterna i SAMSA, vilket föranleder extra arbete med att ringa upp för att få kompletterande uppgifter. Likaså anses det finnas mycket information i systemet som inte berör samtliga vårdgivare och som istället borde hanteras på respektive enhet. Det förekommer enligt en av respondenterna också att sjukhusen skickar hem patienter utan att ens ha skrivit in dem i SAMSA. ”Plötsligt är patienten hemma och då har inte hemtjänsten fått reda på det.” Likaså påpekas det att sjukhusens vårdsamordnare, som håller ihop vården för de enskilda patienterna, ofta är undersköterskor och därmed inte har all nödvändig information kring patienterna. Det betonas i sammanhanget också att vårdcentralerna själva inte alltid är så bra på att skriva vårdbegäran (som skrivs vid akut eller planerad inskrivning i slutenvården) och att detta skulle kunna förbättras för att säkerställa en god vård och omsorg.

"På sjukhusen har de samordnare som kan vara undersköterskor. De har ingen rutin och det saknas information i SAMSA från samordnaren."

"Vi ska få all information i SAMSA men får inte sjukhusdelen som behövs. Vi har varit dåliga på att skriva vårdbegäran och har gjort ett omtag. Alla som är delaktiga ska ha ett samtycke till vårdbegäran."

I det ena delregionala området berättar de intervjuade att vissa sjukhusmottagningar överhuvudtaget inte går att nå via SAMSA då de inte har öppnat upp sina inkorgar i systemet. Istället får man ringa dem och det kan vara ett tidsödande arbete att få fatt i rätt person. En av respondenterna berättar i sammanhanget att hon vid ett tillfälle ägnade 2,5 timme åt att få tag på en läkare för att be denne vara med på ett möte. "Det tar tid att sitta och leta vem jag ska kontakta för att i sin tur prata med en doktor för att denne ska bli frikopplad för att kunna vara med på det mötet på avdelningen" och "jag vill kunna skicka meddelanden att jag vill ha med dem på en SIP på sjukhuset". Det påpekas att det borde vara en självklarhet att sjukhusmottagningarna är delaktiga i den kommunikation som sker i SAMSA. Enligt en av intervjupersonerna menar mottagningarna själva att de inte ser poängen med att använda SAMSA och att de inte har personal nog för att kunna hantera systemet.

"Min kollega har jagat en annan avdelning. Är man med i det här systemet ska man öppna korgarna. Vi ska inte behöva lägga ned tid för att hitta dem. Man har valt att inte öppna inkorgarna. Jag får ringa och meddela att vi ska ha möte och vill ha med en viss person."

Intervjupersonen från rehabiliteringsmottagningen konstaterar att hans roll som SAMSA-ansvarig inte är särskilt belastande eftersom "nästan ingen lägger till rehab och vi får inga ärenden". Den andra intervjupersonen verksam inom rehabilitering påpekar att man måste dokumentera samma sak på två ställen, både i SAMSA och i journalerna, vilket är tidsödande. De intervjuade påstår att det 2021 införs en ny gemensam IT-tjänst i Västra Götalandsregionen, Millennium, i vilket all hälso- och sjukvårdsinformation ska vara tillgänglig för dem som behöver den, både medarbetare, patienter och invånare. Man hoppas att de nyss beskrivna svårigheterna då ska förbättras.

2.2.3 Samverkanslagens konsekvenser

Intervjupersonerna är överens om att samverkanslagen handlar om att ge patienterna en god vård och omsorg och få dessa att känna sig trygga och väl omhändertagna under hela vårdförloppet från inskrivning till utskrivning. Lagen ska dessutom bidra till att snabba upp vårdprocessen så att patienterna inte ligger kvar på sjukhus i onödan. ”Jag hoppas att den stärker patientens förmåga att vara delaktig i sin egen vårdprocess”, ”det handlar om att tillhandhålla en trygg och säker vård från sjukhus till hemmet” och ”att vi undviker att patienten kommer hem en fredag utan vare sig medicinering och hjälpmedel”. Lagen handlar också enligt respondenterna om att tydliggöra de olika parternas ansvar i vårdprocessen så att inte tveksamheter kring vem som gör vad uppstår.

”Syftet med lagen är ytterst att patienten ska få rätt förutsättningar för att bli hemskrivna från sjukhuset. Från sjukhusvården till hemsjukvården är det att säkra vården.”

”Syftet är att se till att alla patienter får den vård de behöver och att alla parter gör sitt. Att alla får ansvar. Det finns patienter med flera fasta vårdkontakter och det måste bli bättre. Vi måste veta vem som gör vad.”

Någon säger i sammanhanget att man nu flyttar en del av det ansvar som tidigare låg på kommunerna till vårdcentralerna och att det är helt rimligt att dessa får en mer framträdande roll.

2.2.3.1 Samordnad individuell plan

Under intervjuerna skulle respondenterna också berätta om samordnad individuell plan (SIP) som lyfts fram i samverkanslagen samt även beskriva hur lagen påverkar situationen för patienterna. En SIP är patientens möte och ska enligt de intervjuade göras när patienten är i behov av samordnade insatser från flera vårdaktörer. ”SIP har man när det är rörigt kring patienten och de olika parterna inte vet vad andra gör”. Det framhålls att SIP är ett bra vårdplaneringsinstrument som syftar till att tydliggöra ansvaret för de olika vårdaktörerna och sätta patientens önskemål i centrum. ”Syftet med en SIP är att patienten ska vara i fokus och att vi runtomkring ska göra det så bra som möjligt så man slipper flera möten och faxes mellan sig.”

Några av intervjupersonerna poängterar att SIP är patientens möte. ”En SIP utgår från patientens behov och inte organisationernas behov.” Patienten ska

komma till tals men här har man enligt intervjupersonen en del kvar att arbeta med. "Att tänka om att det är patientens behov vi ska utgå från och inte vad vi tycker att patienten ska ha, där har vi en jättelång resa." En av respondenterna menar dock att SIP egentligen inte fyller någon större funktion och bara är befogad då vårdcentralen och kommunen är oense om vem som ska ansvara för vad kring patienten, men att det inte händer särskilt ofta. Ytterligare respondenter menar att hemsjukvården fortfarande är lite avvaktande och inte fullt ut förstått det positiva med SIP.

Ansvar för att kalla till och ordna en SIP ligger på vårdcentralernas fasta vårdkontakt. "Det är vårdcentralen som äger och ska driva frågan." Det påpekas att mötena oftast sker i patienternas hem där dessa känner sig trygga, samtidigt som de får träffa personalen ansikte mot ansikte och inte via Skype. I förekommande fall sker mötena på korttidsboenden. På mötena deltar ofta en sjuksköterska från vårdcentralen och en biståndshandläggare från kommunen. Ibland deltar även hemtjänst, hemsjukvård, och rehabilitering. Sjukhusen sägs dock sällan vara med på mötena. Det berättas att det finns riktlinjer för hur en SIP ska gå till framtagna inom Västra Götalandsregionen (Riktlinje för samordnad individuell plan) med olika punkter som ska gås igenom under mötet. En SIP ska också följas upp med ett möte för att stämma av att allt förlöpt som det var tänkt. Respondenterna upplever att SIP-mötena fungerar väl och att man tydliggjort ansvaret på ett bra sätt. "Man har benat ut ansvaret bra" och "jag har inte så mycket erfarenhet av SIP, men de gånger jag varit med har man kommit överens om vad man ska göra, vad kan vi göra, vad vill patienten". Det som enligt intervjupersonerna brukar dominera mötena och föranleder flest diskussioner är frågor relaterade till patientens behov av hemtjänst.

"Har man väl varit på en SIP tycker man den är bra. Man har alla professionerna med på mötena. Man klargör allt på mötet och alla tar sitt ansvar. Man tar gemensamma beslut och patienten blir mer delaktig också. Är man med på en SIP ser man fördelarna, men resan dit är tuff."

"Vi har märkt att SIP-mötena gör gott för patienten för det kan ha varit rörigt att veta vart man ska vända sig och det bestäms på mötet och vi skriver ut det på papper så patienten får det hem till sig. Jag tror att SIParna är bra för att patienterna får veta vem som har ansvar för vad. Det är grejen att man gör de här SIParna, att man får en ansvarsfördelning."

Det påpekas i sammanhanget att det finns ekonomiska incitament att göra SIP då varje sådan ger vårdcentralerna ett tillskott av 1 500 kr. Några av de intervjuade menar att denna summa är befogad eftersom man ofta måste avboka patientbesök för att delta i SIP, medan andra är mer kritiska till ersättningen och menar att inte pengar, utan patientens behov, ska styra vilken sorts möten man har.

"I början fick vi till oss att vi skulle kalla alla avstämningsmöten för SIP för att få in pengar. Det var så vi startade. Vi tog beslutet att SIP är SIP och avstämningsmöte är avstämningsmöte. Patienten ska vara delaktig och SIP ska inte bli en överraskning för att vi ska få pengar."

"Det finns ett ekonomiskt incitament, men vi har inte det behovet att det skulle delfinansiera vårdplaneringssköterskan. Vi gör när så behövs."

Den intervjuade från rehabiliteringsmottagningen menar att mottagningen sällan deltar i SIP och att detta beror på att man antingen inte har blivit kallad till möte eller inte kunnat vara med då meddelandena om möten ofta kommer med kort varsel. Det poängteras i sammanhanget att man dock får information efter SIP-mötet och inte hålls utanför skeendena helt och hållet. Respondenten från den privata vårdcentralen menar också att hon får reda på mötet för sent inpå och har svårt att närvara.

"Det har inte blivit något SIP-möte sedan lagens införande för min del. Det är sällan vi varit inkopplade, det är några enstaka fall och vi har inte alltid kunnat var med. Om vi får ett meddelande dagen innan sent på eftermiddagen och planeringen är dagen därpå klockan 11 är det inte säkert att någon kan gå."

Den andre intervjupersonen från rehabilitering menar att man deltar i SIP om det finns ett fastställt behov av det. "Är patienten inskriven i kommunal hälso- och sjukvård och ska ha insatser därifrån är det ingen idé att kalla oss till en SIP." Däremot är det befogat att delta i SIP om mötet gäller en primärvårdspatient som kan förväntas erhålla rehabiliteringsinsatser.

2.2.3.2 Patientperspektivet

På frågan hur samverkanslagen påverkar situationen för patienterna menar respondenterna att de hoppas att dessa får en god och trygg vård och omsorg liksom en säker hemgång från sjukhus. De påpekar det positiva i att vårdcentralerna fått en tydligare roll i vårdkedjan och inte längre är lika osynliga i sammanhanget, vilket lett till en mer sammanhållen vård.

”Vi kallades bara in när det behövdes. Ofta är det så att patienten är inskriven i hemsjukvården, sköts av hemsjukvården, hemsjukvården har skickat in patienten, hemsjukvården tar tillbaka patienten.”

Respondenterna tar upp det faktum att patienterna idag skrivs ut fortare från sjukhus då kommunernas betalningsansvar till följd av samverkanslagen inträder efter tre istället för fem dagar. En del av dem ser enbart positivt på detta eftersom de anser att man inte ska ligga på sjukhus längre än nödvändigt. Dels för att man inte ska uppta sängplatser i onödan, men också för att minimera den infektionsrisk som alltid finns på sjukhus och som kan få allvarliga konsekvenser för den enskilde. Andra är mer tveksamma till förfarandet och menar att det ofta händer att patienterna kommer tillbaka till sjukhuset igen. ”Ofta skriver man ut patienterna för tidigt från sjukhuset”, ”man skriver att patienten är utskrivningsklar alldeles för tidigt”, ”patienterna kommer tillbaka igen och det är fler nu” och ”ibland ringer det förtvivlade patienter till mig som blivit hemskickade med feber till exempel och som snart är tillbaka på sjukhuset igen”.

Respondenterna berättar också om tillgången till korttidsplatser då behovet av sådana ökat i takt med den snabbare utskrivningen från sjukhus. I det ena delregionala området finns det enligt de intervjuade tillräckligt med korttidsplatser och problem uppstår sällan. I de båda andra delregionala områdena finns det inte alltid korttidsplats ordnad för den enskilde när det är dags för utskrivning. Korttidsplatserna räcker inte till och kommunerna måste då enligt de intervjuade ta hjälp av anhöriga, ge patienten maximal hemtjänst under en period, köpa korttidsplatser eller låta patienten ligga kvar på sjukhus ännu ett tag. Det påtalas i sammanhanget också att patienterna idag oftare är i behov av rehabiliteringsinsatser efter utskrivning, varför det enligt intervjupersonerna blir viktigt att i ett tidigt skede involvera sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Respondenterna ombads också reflektera kring vad man gör för att säkerställa att patienten får en god vård och omsorg. De betonar planeringsmötenas/avstämningsmötenas och SIP-mötenas viktiga roll i sammanhanget. Där får pa-

tienten träffa de olika vårdaktörerna och komma till tals. Det påpekas också att man aldrig gör något mot patientens vilja och avbryter vårdplaneringen om en patient inte önskar de föreslagna åtgärderna. ”Man gör inget om inte patienten är med på det.” En del av intervjupersonerna pekar också på SAMSA i sammanhanget och menar att den kommunikation som sker i systemet ökar förutsättningarna för en god vård och omsorg. ”Vi har planeringsmöten med sjukhuset och har kommunikationen med sjukhuset hela tiden genom meddelandena som vi skickar i SAMSA.”

Ytterligare en del i att säkerställa en god vård och omsorg handlar om att se till att övergången mellan de olika vårdaktörerna blir så bra som möjligt, varför det blir viktigt att sjukhuset förstår vad som händer med patienten utanför sjukhusavdelningen. Denna kunskap finns dock inte alltid menar intervjupersonerna. ”Avdelningarna har inte alltid den kunskapen utanför sjukhuset.” Det påpekas att vårdcentralerna själva har en viktig uppgift att fylla här genom att informera sjukhusen om vad som händer på vårdcentralerna så att andra aktörer kan se helheten kring patienten. I sammanhanget lyfter några av intervjupersonerna också fram att de brukar ringa patienten efter sjukhusvistelsen och höra hur denne mår och hur vardagen fungerar. Några nämner också att patienternas läkemedelslistor ofta är ofullständiga och behöver kompletteras vid utskrivning.

”Jag kollar så att läkemedelslistorna stämmer. De är hej och hå. Patienten har kontakt med hjärtmottagning, diabetesmottagning, lungmottagning, urologen. De medicinerna kommer aldrig in i vårt system. Jag har jobbat jättemycket för att få en läkemedelslista som stämmer. Jag åker ibland hem till patienten för att se vad patienten verkligen står på.”

De intervjuade fick också beskriva situationer i vilka patienterna kan känna sig utsatta och nämner då att de troligen kan vara det i samband med de möten som hålls för vårdplanering. Det är mycket vårdpersonal närvarande på mötena och istället för att fokusera på vad patienten vill och önskar, kan det lätt bli så att man fastnar i ansvarsfrågor kring vilken vårdgivare som ska göra vad. Man pratar över huvudet på patienten när det egentligen är denne som ska vara i centrum.

”Här sitter vi väldigt många och pratar och de befinner sig i en underlägsen situation. Det är mycket information och många som tycker och tänker. Se-

dan är det i stort sett borta. De vet inte vad vi har pratat om och vi har inte heller någon riktig sammanställning att ge dem.”

Patienterna kan också enligt intervjupersonerna känna sig utsatta om de inte erhåller de hjälpinsatser i hemmet som de önskar och inte alltid förstå att sjukvården inte tycker att de är berättigade till dem.

2.2.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

2.2.4.1 Information kring lagen

Intervjupersonerna säger sig ha fått både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och de tillhörande riktlinjerna. I två av de delregionala områdena är man överlag nöjd med informationen man erhållit. En av respondenterna påpekar i sammanhanget att hon genom informationsmötena har skapat värdefulla nätverk som hon fortfarande har utbyte med. Det påpekas dock att även om informationsbiten fungerat bra har det inte alltid varit helt lätt att omsätta information i praktiken, det vill säga att tillämpa lagen i den praktiska verksamheten. I det tredje delregionala området är de intervjuade inte fullt så nöjda med den information de erhållit. De upplever att informationen kring samverkanslagen och riktlinjer varit både otydlig och otillräcklig och ändrats från gång till annan. ”Det kom olika direktiv och saker och ting ändrades från gång till gång.” Ytterligare respondenter säger så här:

”Jag har fått information men också fått läsa mig till. Själva samverkanslagen har man fått till sig, men hur det ska gå till i praktiken är en annan femma. Rutiner kan man göra själv men att komma överens med andra är inte lätt.”

”Jag var inte nöjd med informationen. Vi i Närhälsan fick väldigt dålig information hur vi skulle starta upp detta med utskrivningsprocessen. Vi fick söka egen information. Vi fick ta så mycket av de här frågorna själva i verksamheten och gör det fortfarande.”

Det berättas i sammanhanget att man fick söka mycket information själv om samverkanslagen i samband med dess införande för att kunna greppa och försöka tillämpa den i sin egen verksamhet.

2.2.4.2 Stöd i arbetet med lagen

Motivationen bland personalen att arbeta enligt samverkanslagen upplevs överlag vara god. Det påpekas att alla vill patientens bästa och är måna om att ge en bra vård och omsorg till den enskilde och att detta framkommer i den vårdplanering man har tillsammans med övriga vårdaktörer. En av intervjupersonerna berättar i sammanhanget att hon och hennes kollegor ska gå en utbildning i SIP och att man känner sig motiverad och positiv till att göra det och att följa samverkanslagen.

"Motivationen är god och är ännu bättre nu. Man har släppt på prestigen och är inte så fyrkantig nu."

"Motivationen är bra. Nu är alla professionerna med på mötet och tar sin grej. Man klargör vem som gör vad på mötet."

Några av dem som inte upplever motivationen vara riktigt lika god menar att det saknas ett helhetsperspektiv bland personalen. Man känner för dåligt till varandras arbetsområden och bryr sig inte riktigt om vad som händer i resten av vårdförloppet när man gjort sin egen del i detta. Detta inverkar negativt på förmågan att ge patienterna en sammanhållen vård och omsorg. "Bara vi har gjort vårt och man känner för dåligt till varandras områden och vet inte vad man gör."

På frågan om de intervjuade upplever att de har tillräckligt med stöd för att kunna arbeta enligt samverkanslagen uttrycker de flesta inga önskemål om ytterligare stöd i sitt arbete. De betonar det stöd de får i SAMSA-sköterskorna, de SAMSA-ansvariga och vårdplaneringssköterskorna på sina respektive vårdcentraler. Några lyfter också fram sina chefer i sammanhanget. Ytterligare en av respondenterna nämner en utvecklingsgrupp som enbart jobbar med in- och utskrivningsprocessen och med vilken man kan lyfta problem. Två av respondenterna menar dock att de saknar någon att vända sig till vid frågor.

"Det finns inget stöd. Jag har två kollegor som jobbar i Lerum och vi stödjer varandra."

"Mina chefer vet oftast inte mer än jag. Jag vet inte ens vem jag ska ringa till."

En av intervjupersonerna påpekar att hon skulle behöva mer tid för att arbeta i SAMSA än vad som är avsatt. Övriga som arbetar i SAMSA tycker dock att tiden räcker till. I sammanhanget berättar de intervjuade på två av vårdcentralerna att man i samband med lagens införande anställde vårdplaneringssköterskor eftersom man befarade att det annars skulle bli en alltför stor arbetsbelastning på den ordinarie personalen. ”Vi blev informerade i ett tidigt skede och anställde vårdplaneringssköterskor” och ”vi tog ett eget beslut att vi anställer för annars kommer vi stå med rumpan bar”. På en tredje vårdcentral upplevde man just detta med stor arbetsbelastning. En av respondenterna där berättar om en distriktssköterska som anställdes på vårdcentralen i april 2018 men som slutade sin anställning redan i januari 2019. Anledningen var att hon inte fick tillräckligt med tid att arbeta som sjuksköterska då hon fick sitta i telefon en stor del av tiden.

2.2.5 Sammanfattning vårdcentralerna

Samtliga intervjupersoner på vårdcentralerna menar att samverkanslagen och tillhörande riktlinjer är relevanta och ändamålsenliga. Vad gäller vårdplaneringen diskuterades denna utifrån möten för vårdplanering och IT-stödet SAMSA. Dessa möten sker idag ofta via Skype. I det ena studerade delregionala området menar de intervjuade att det är svårt att delta på mötena då det är kort framförhållning på dessa. I de båda andra delregionala områdena påpekar man att mötena numera ska hållas korta men att de tenderar att bli mer omfattande än tänkt. I dessa två områden har vårdcentralerna tillsammans med kommunerna utarbetat nya rutiner där man har kortare Skype-möten på morgonen, på vilka vårdplaneringen många gånger blir klar. Det påtalas att de privata vårdcentralerna och primärvårdens rehabilitering inte är så engagerade i vårdplaneringen. IT-stödet SAMSA uppfattas vara ett bra kommunikationsverktyg, även om det finns en del att önska. Sjukhusen anses inte sköta systemet på ett fullgott sätt och det saknas information om patienterna som måste kompletteras. Vissa sjukhusmottagningar går inte att nå då de inte har öppnat upp sina inkorgar i systemet.

Vad gäller innehållet i samverkanslagen innebär denna enligt intervjupersonerna i stort att ge patienterna en trygg och säker vård i alla led från inskrivning till utskrivning, samtidigt som samverkan mellan vårdgivarna ska förbättras. Om innehållet i lagen utifrån samordnad individuell plan (SIP) och patientperspektivet menar de intervjuade att det är vårdcentralerna som ska vara den drivande parten vad gäller SIP. De lyfter fram att man klargjort ansvarsfördel-

ningen på ett bra sätt och att SIP-mötena fungerar väl. Det som brukar dominera mötena är frågor relaterade till patientens behov av hemtjänst. Vad gäller patientperspektivet menar man att patienterna idag skrivs ut fortare från sjukhus med följd att de kan behöva läggas in igen kort därefter och att det inte alltid finns tillgång till korttidsplatser i samband med utskrivning. Det lyfts också fram att patienterna kan känna sig utsatta i samband med möten för vårdplanering då det är mycket personal närvarande och man lätt fastnar i ansvarsfrågor istället för att fokusera på patientens vård- och omsorgsbehov.

Förberedelserna inför lagens införande har fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om lag och tillhörande riktlinjer och de intervjuade i två av de studerade områdena tycker inte att det saknas något i den vägen. I det tredje området upplever respondenterna att informationen varit otydlig och otillräcklig. Motivationen att följa lag och riktlinjer upplevs vara god. Vad gäller det stöd man erhåller för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen menar samtliga intervjuade att de har tillräckligt med stöd. De lyfter fram det stöd de får i vårdplaneringssköterskor, SAMSA-sköterskor och SAMSA-ansvariga på sina vårdcentraler.

2.3 Kommunerna i nätverk 4 - 6

2.3.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten

Samtliga respondenter anser att samverkanslagen och riktlinjer är relevanta, inte minst eftersom sjukhus, vårdcentraler och kommuner helt enkelt tvingas samverka kring patienterna. ”Det är bra att ha något att luta sig tillbaka mot när det är så många inblandade” och ”alla tre parterna har tvingats till att vara delaktiga, att man inte kan smita undan”. Det påpekas också att lagen medfört en ökad kommunikation och därmed ökad förståelse för varandras verksamheter, liksom också att man tvingas tänka om och tänka nytt.

Några av de intervjuade berättar att man på deras enheter har kompletterat de rutiner som följde med lagen för att passa den aktuella verksamheten bättre. Samverkanslagen ger enligt intervjupersonerna utrymme för tolkningar för hur man ska arbeta, varför man tagit fram egna rutiner för att uppfylla lagens krav. ”Vi försökte skapa egna rutiner som funkade just för oss och som passar vår verksamhet” och ”vi har strukturerat upp vår verksamhet efter det nya och gjort egna rutiner med primärvård och hemsjukvård”. I en av kommunerna har man tagit fram en läkemedelsrutin som ska underlätta att patienterna får med sig

rätt läkemedel hem vid utskrivning. Andra kommuner har minskat ned tiden på möten för vårdplanering då denna till stor del ska ske i IT-stödet SAMSA.

"Det var olika delar i riktlinjerna som vi inte följer. Det handlar om att man tolkat det olika. Vi har tagit fram en läkemedelshanteringsrutin. Man upplever att det inte funkar att patienterna får med sig rätt läkemedel hem."

"Riktlinjerna är relevanta men de räcker inte. Vi har gjort egna riktlinjer och rutiner. Lagen har gjort så att vi fått tänka till lite och prata och ha mer samverkan med varandra."

Respondenterna ombads också berätta om de möten som hålls för vårdplanering av patienterna. I det ena delregionala området kallar man dessa möten för avstämningsmöten och i de båda andra för planeringsmöten. Den mesta vårdplaneringen ska ske i SAMSA och mötena hållas korta. De ska trygga upp för patientens hemgång, medan den långsiktiga vårdplaneringen ska ske efter sjukhusvistelsen. På mötena deltar representanter från sjukhus, vårdcentraler och kommuner och mötena sker vanligen via Skype men vid behov åker man och träffar patienterna på sjukhuset. "Ibland åker man till sjukhusen för alla går inte att Skypa." De intervjuade menar att Skype är bra för att det går snabbt och effektivt att ha möte, men att det har sina nackdelar också. Alla patienter, framförallt äldre, är inte alltid medvetna om att de deltar i ett möte. "Patienterna är kanske inte är så medvetna om att det sker ett möte, det är många äldre man har vårdplanering för" och "mötena sker via Skype och det är ett bekymmer med hörselnedsättning, synen eller demens". Det påpekas också att det krånglar med tekniken emellanåt, vilket tar extra tid.

I det ena delregionala området berättar de intervjuade att sjukhusen inte såsom förut skickar en särskild kallelse till planeringsmötena, utan kommuner och vårdcentraler förväntas gå in i SAMSA och bedöma om man behöver ha ett möte för vårdplanering och i förekommande fall då kontakta sjukhuset. "I SAMSA skriver vi att vi uppmärksammat ett behov av möte och att vår administratör kontaktar för att boka möte" och "vi ska uppmärksamma om behov av möte finns och vi har det oftast via Skype, annars åker vi till sjukhusen". Anledningen till detta förfarande är att sjukhusen vill minska ned på antalet möten och använda SAMSA för vårdplanering i större utsträckning. I de två andra delregionala områdena påpekar respondenterna att sjukhusen vill ha så korta möten som möjligt och anses ha blivit mer ifrågasättande om alla avstämnings-

möten/planeringsmöten verkligen behövs. Tidsbrist tros ligga bakom denna utveckling.

"Vi gör nästan likadant som innan lagen fast det heter lite annorlunda. Istället för vårdplanering har vi planering och vi väntar inte tills sjukhuset skickar en kallelse. Vi ringer och skriver meddelanden. Det handlar om hur vi tänker för vi gör nog ganska mycket exakt som vi gjorde tidigare."

"Planeringen ska vara ett levande dokument. Vårt uppdrag är att se till att folk kommer tryggt och säkert hem men också bevaka ekonomin. Förut sa de till på sjukhuset när patienterna var färdiga, nu efterfrågar vi på ett annat sätt."

"Man vill ha kortare avstämningssamtal idag på sjukhusen istället för de långa vårdplaneringarna. Sjukhusen tycker att det är för krångligt att få kommuner att sluta upp, medan kommuner tycker att man skriver ut personer som är alldeles för sjuka och att de inte får med sig de läkemedel de behöver."

Vårdcentralernas deltagande i möten för vårdplanering sägs variera mellan de delregionala områdena. I det ena området lyfter respondenterna fram att vårdcentralerna inte är med i den utsträckning som vore behövligt. De anses heller inte vara så aktiva i SAMSA och därmed inte alltid ge fullgod information om patienten med risk att kommunen missar väsentligheter i vårdplaneringen. "De har tagit en väldigt tillbakalutad sits och gör inte det de borde" och "det kan komma fram saker i efterhand som hade varit viktigt att veta på ett möte". Det påtalas dock att vårdcentralernas svårigheter att delta kan vara förståeligt då det är "snabba ryck" som gäller eftersom kommunernas betalningsansvar numera inträder efter tre dagar istället för fem. Det är inte ovanligt att planeringsmöten hålls redan morgonen efter det att behovet initieras.

"Vårdcentralerna är oerhört sällan med. De behöver vara med för att ta emot sina patienter bättre, de som inte ska ha hemsjukvård. Risken är att fler blir inskrivna i hemsjukvården som kanske inte behöver bli det."

"Tanken var ju att vårdcentralerna skulle ta ett steg framåt. Problemet är ju att kommunen betalar. Inom kommunen är man mån om att betala. Pengar

är ett starkt incitament och ligger det på en part i ett trepartssystem kan det bli lite ojämnt vem som drar i det. Vi får betaldagar om vi inte driver det. Jag tänkte nog att vårdcentralerna skulle ha en större bit i det.”

I de andra två områdena tycker de intervjuade att vårdcentralerna medverkar på ett tillfredsställande sätt. Avstämningsmötena/planeringsmötena anses fungera bra och de flesta gör det som förväntas av dem. I dessa områden har kommunerna utarbetat nya rutiner tillsammans med vårdcentralerna innebärande att man har kortare Skype-möten på morgonen, antingen dagligen eller tre gånger i veckan. På dessa möten deltar vanligen vårdplaneringssköterskor och personal från hemsjukvård och vid behov även rehabilitering och/eller biståndsenhet samt en vårdplaneringssköterska från vårdcentralerna. Sjukhusen deltar inte på dessa möten. På mötena klargör man arbetsuppgifter och tar även upp problematiska saker vad gäller vårdplaneringen. ”Där dryftar vi våra bekymmer och vem som gör vad i SAMSA.” Därmed kan planeringsmötena/avstämningsmötena med sjukhusen hållas kortare.

”Samverkan är bättre än för två år sedan. Vi har kommit en bit på väg i samverkan och bestämt oss för avstämningsmöten varje morgon. Det är ett sätt att hitta varandra och påverka vem som ska vara med på planeringar.”

”Vi har Skype-möten varje måndag, onsdag och fredag med vårdcentralen och stämmer av SAMSA. Vi bestämmer vem som gör vad, om det är Närhälsan eller vi.”

Det påtalas i sammanhanget att innan samverkanslagen infördes var vårdcentralerna sällan med i vårdplaneringen och att det är positivt att dessa är med på ett annat sätt idag, men att man också kan se en tendens till att kommunernas hemsjukvård tagit ett steg tillbaka då det är vårdcentralen som ”ska ha den stora tyngden”.

Några av de intervjuade påtalar också att primärvårdens rehabilitering inte är så delaktig i vårdplaneringen som man skulle önska. ”Min personal tycker att det saknas rehab-personal eller att de får frågor om hälso- och sjukvård som de inte riktigt kan svara på och att det inte finns representanter med för det.” Några påpekar i sammanhanget att rehabilitering troligtvis hellre önskar ha SIP då en sådan genererar pengar. ”De kommer inte om det är gratistid.” Andra påtalar

vikten av att alla vårdaktörer deltar i vårdplaneringen eftersom man undviker missförstånd och slipper jaga fatt på personer.

”Rehab är inte lika närvarande i processen. Rehab har inte riktigt organiserat sig i primärvården och det är inte så många medarbetare inne i systemet. Det är svårt att ta beslut om det ska vara kommunal- eller primärvårdsrehab.”

2.3.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA

Mycket av vårdplaneringen sker idag via IT-stödet SAMSA, som i grunden uppfattas vara ett bra kommunikationsverktyg. ”Det är vårt arbetsredskap för att kunna kommunicera med sjukhusen.” Problemet med SAMSA upplevs vara att det fortfarande brister på sina håll med uppgifterna i systemet. Den största svårigheten är att sjukhusen inte alltid fyller i och uppdaterar informationen och att man därför måste ägna mycket tid åt att be personalen komplettera uppgifterna. Det påpekas att det är viktigt att man från sjukhusens sida fyller i systemet på ett fullgott sätt så att kommunerna kan planera för den enskilde. ”SAMSA fungerar bra när alla uppdaterar”, ”det gäller att sjukhusen fyller i ordentligt och vi är väldigt på dem med att de ska fylla i och ha det som ett levande dokument”, ”vissa avdelningar får man jaga mer och det är lite tungrott även om det blivit bättre” och ”en del avdelningar får man stressa på så att de uppdaterar planeringen”. De intervjuade menar att sjukhusen undan för undan blivit bättre på att fylla i uppgifter i SAMSA, men att det återstår en del att önska.

”Hinder i samverkan är att inte alla skriver i SAMSA det som behövs. Man vet inte till exempel vilka mediciner de ska ha, att det inte står tillräckligt med information om diagnoser eller planering från hälso- och sjukvården. Då får man ringa och tjata. Vi har en diskussion kring detta för att det ska bli bättre.”

Andra pekar på att de saknar dokumentation från primärvårdsrehabilitering och påpekar att det är lika viktigt att de fyller i SAMSA på samma sätt som andra vårdaktörer gör. Ytterligare några menar att det i SAMSA också borde framgå att patienten fått del av informationen. ”På andra sidan vill man känna sig trygg med att också patienten fått del av informationen så att det inte bara är kommunikation för oss, utan även att patienten är trygg.”

En av de intervjuade berättar att man på hennes enhet har ett planeringsteam, i vilket fem personer arbetar i SAMSA halva tiden och resterande tid som sjuksköterskor. "Det [SAMSA] är konstant uppe och vi delar halvdagar vem som är ansvarig för SAMSA." Intervjupersonen påpekar att man har bra förutsättningar att kunna göra sitt arbete som sjuksköterska eftersom man är så många som delar på arbetet i SAMSA. Ytterligare en annan av de intervjuade berättar att man på hennes enhet är tre personer som delar på arbetet i SAMSA och att det fungerar bra. Några av respondenterna påpekar att även den personal som arbetar ute hos brukarna är inne i SAMSA och fyller i uppgifter. Detta sägs vara svårt att hinna med när "man är ute och kör" och att personalen får försöka ha som rutin att titta i SAMSA när de börjar och slutar sitt arbetspass. De intervjuade berättar att det 2021 kommer att införas en ny gemensam IT-tjänst i Västra Götalandsregionen, Millennium, i vilket all hälso- och sjukvårdsinformation ska vara tillgänglig för dem som behöver den, det vill säga medarbetare, patienter och invånare. Flera av respondenterna menar att de nyss nämnda svårigheterna då kommer att förbättras.

2.3.3 Samverkanslagens konsekvenser

Respondenterna menar att samverkanslagen handlar om att ge patienterna en god vård och omsorg där de olika parterna har sitt definierade ansvar, men också om att skriva ut patienterna så fort som möjligt från sjukhus så att de inte upptar platser i onödan. "Att patienten inte ska ligga kvar på sjukhuset i onödan utan få den rätta vårdnivån som den behöver." Likaså påpekas det att lagen handlar om att öka samarbetet mellan de olika vårdaktörerna där det gäller att utgå från patientens bästa och inte försöka skjuta över ansvar till varandra. "Syftet är att det ska bli bättre för dem vi är till för" och "syftet med lagen är för patientens bästa och vi måste hjälpas åt". De intervjuade påpekar också att lagen för kommunernas del medfört att man måste kunna ta hem patienterna snabbare från sjukhus och att detta innebär en risk för återinläggningar.

"Den [samverkanslagen] har kommit ur vårdkrisen och innebär att vi i kommunen ska kunna ta emot våra brukare betydligt snabbare. Det ställs större krav på oss. Folk ska inte vara på sjukhus om man absolut inte behöver det. Mycket ska kunna skötas på hemmaplan. Lagen är görbar men man ska veta att det ställs betydligt större krav på kommunerna än innan."

"Jag hoppas att lagen ska leda till att det inte är så många återinläggningar på sjukhus. Att den gagnar patienten så att den får en trygg och säker vård och känner sig trygg vid hemgången."

2.3.3.1 Samordnad individuell plan

Intervjupersonerna ombads också berätta om samordnad individuell plan (SIP) liksom också hur samverkanslagen påverkar situationen för patienterna. Vad gäller SIP görs en sådan enligt de intervjuade när patienten behöver samordnade insatser från flera vårdaktörer och syftet är att få ett samlat grepp om vem som ska göra vad i vården och omsorgen kring den enskilde. SIP sägs också vara motiverat när det föreligger oklarheter om ansvarsfördelningen mellan de olika vårdaktörerna. "SIP gagnar patienten och man reder ut vem som gör vad, man får olika uppgifter och jag tycker SIP är bra" och "SIP är utifrån patientens behov, att det finns ett bekymmer som vi behöver sätta oss ned och reda ut". Det påpekas att en SIP kräver mycket förarbete, inte minst för att slippa fastna i detaljer om vem som gör vad på själva SIP-mötet.

"Det är en pågående diskussion i vår kommun vad som är SIP och inte. Man ska ha en SIP när det är en person med stort vårdbehov där det är många parter inblandade, att man strukturerar upp det."

"Det är till för att samverka med brukaren och förklara vem som gör vad. Man lägger tillsammans pusslet med den som är inblandad. Det är de som har stora insatser både från oss i kommunen och i primärvården."

En SIP genomförs enligt respondenterna ofta i patientens hem, men ibland också på korttidsboende. SIP kan även hållas på sjukhus men då handlar det om patienter som behöver mer omfattande insatser. Det är ofta vårdcentralerna som kallar till SIP och på själva mötet deltar oftast en sjuksköterska från vårdcentralen och en biståndshandläggare från kommunen. I förekommande fall deltar även personal från hemtjänst, hemsjukvård, rehabilitering eller boendestöd beroende på patientens bakomliggande problematik. Enligt intervjupersonerna är representanter från sjukhusen sällan med på SIP. "Det vanliga är att det är vårdcentralen och kommunen och ibland lite andra." De intervjuade berättar också att en SIP alltid ska följas upp men att det inte behöver vara ett fysiskt möte, utan även kan bestå i att någon från vårdcentralen ringer upp

patienten. ”Man kan ha ett uppföljande möte på SIP och det bestämmer man där om man vill träffas igen och när.” Respondenterna menar att det inte skett någon större ökning i antalet SIP, även om man idag gör något fler sådana. Planeringsmöten/avstämningsmöten räcker ofta till och SIP blir därmed onödig.

”Planeringsmötena täcker väldigt mycket av det här och de som vi planerar för har ofta ingen SIP. SIParna tenderar att hamna på de mer komplexa ärendena när det är en hel del saker som inte fungerar. Det klassiska är en multisjukhet i kombination med social problematik. Det är mer komplexa ärenden och inte någon som behöver inköp och städ.”

Några av intervjupersonerna är lite mer kritiska till hanterandet av SIP och menar att man på dessa möten inte alltid följer Västra Götalandsregionens ”Riktlinje för samordnad individuell plan” på ett fullgott sätt. I riktlinjen finns en arbetsgång med sju steg beskriven som ska följas, men enligt intervjupersonerna sker inte alltid så. Därmed uppfylls inte kriterierna för en SIP, samtidigt som man inte heller fullgör sina skyldigheter gentemot patienterna.

”Jag hade velat ha att man jobbade mer utifrån SIP-dokumentet och ställde de frågor man ska ställa om ansvarsfördelning, vem man ska bjuda in och så vidare. Det gör vi inte. Jag saknar att vi inte kör mer strukturerat på en SIP.”

I sammanhanget nämns att vårdcentralerna erhåller ersättning för att göra en SIP och därför kan vara mer motiverade att vilja ha en sådan. Samtidigt menar en del av intervjupersonerna att det är rätt att ersättning utgår då SIP är en extra uppgift för vårdcentralerna. ”Att öka samverkan är svårt när man inte har en morot och det kräver mer resurser för dem så de har nog haft störst behov av det.” Några respondenter påpekar att den tid de själva lägger på SIP har de tidigare lagt på längre planeringsmöten/avstämningsmöten och därmed inte fått en ökad arbetsbelastning på samma sätt som vårdcentralerna. Dessutom anser de att man sparar tid genom SIP eftersom man inte längre på samma sätt som förut behöver kontakta varandra lika ofta för att stämma av saker och ting.

2.3.3.2 Patientperspektivet

Vad gäller på vilket sätt samverkanslagen påverkar situationen för patienterna menar några av intervjupersonerna att patienterna nog inte märker någon större skillnad sedan lagens införande. ”Jag vet inte om det hänt så mycket där för

de är ungefär så ovetande som de var innan.” Andra lyfter fram att patienterna förmodligen upplever en annan helhet och en mer sammanhållen vård nu när vårdcentralerna i större utsträckning är med i vårdförloppet. Ytterligare andra pekar på betydelsen av kommunernas hemgångsteam. Teamet har en god medicinsk överblick och ”kan ställa krav på läkare att utreda patienten ordentligt innan hemgång” som en av respondenterna uttrycker det. I hemgångsteamet ingår sköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut som ger patienterna hjälp och stöd i hemmet under en begränsad tid efter sjukhusvistelsen. De kommuner som inte har hemgångsteam lyfter fram betydelsen av dem och att man önskar sådana.

De intervjuade lyfter också fram effekter som den snabbare utskrivningen från sjukhus har gett, föranlett av att kommunernas betalningsansvar till följd av samverkanslagen inträder efter tre istället för fem dagar. En effekt är att patienterna idag oftare är sjukare när de skrivs ut från sjukhus och därmed i sämre skick när de kommer hem, vilket i sin tur har medfört en ökad vård- och omsorgstygnd för kommunerna samt fler återinläggningar på sjukhus. ”Patienterna skrivs ut fortare och det är negativt för de är för sjuka när de kommer hem” och ”vi ska få hem patienterna tidigare och vi har haft många patienter som fått åka in igen till sjukhus”. Det berättas att det inte är ovanligt med besked om hemgång dagen innan utskrivning och att det också förekommer att patienterna får reda på att de ska åka hem endast några få timmar före hemgång. Flera av respondenterna menar att det ofta saknas nödvändiga dokument från sjukhuset i samband med utskrivning, vilket försvårar hemgången. Det kan handla om ofullständiga läkemedelslistor, att sådana saknas helt eller vårdplaner som är påbörjade men inte har avslutats. ”Det är lite si och så när patienterna kommer hem från sjukhuset för det är mycket som saknas och de är alldeles för dåliga för att vara utskrivningsklara.” Det påtalas att många patienter nog känner sig oroliga inför hemgången och inte är riktigt redo.

”Det är snabbare utskrivning och de kan bli utskrivna samma dag som vi har ett Skype-möte. Det handlar om betalningsdagar. Många gånger märker vi att de skulle behövt några dagar till.”

”När vi sitter och har möten och de känner sig långt ifrån färdiga och jag säger att de ska gå hem i morgon finns det ju de som inte tycker att de är klara. Men då brukar jag lägga det ansvaret på läkaren och säga att läkaren

har bestämt att du är medicinskt färdigbehandlad. Det finns ingenting vi kan göra åt det och vi ska hjälpa dig på bästa sätt.”

Till följd av den snabbare utskrivningen har behovet av korttidsplatser ökat i kommunerna då patienterna ofta är för dåliga för att kunna åka hem direkt. Det är inte alltid korttidsplatserna räcker till. I en av kommunerna räcker platserna till bra och man klarar att få fram platser inom de tre dagar som lagen föreskriver. ”Det är ett högt tryck på korttidsavdelningen men platserna har räckt till och vi har inga betalningsdagar.” I andra kommuner klarar man de tre dagarna genom att ge patienten maximal hemtjänst under en period eller dubbelbelägga rum på korttidsboenden. I resterande kommuner måste patienterna bli kvar på sjukhus eller så köper man platser i andra kommuner eller från privata aktörer. ”Ibland köper vi utanför kommunen men det är inte alltid det går att köpa på studs heller.” Det påpekas i sammanhanget att det kostar en del att köpa privata korttidsplatser, men att det ändå blir billigare än att låta patienterna ligga kvar på sjukhus. En av intervjupersonerna menar att det handlar om att skyffla kostnader från en huvudman till en annan.

”Förut var patienterna i lite bättre skick och gick hem istället för att gå till korttidsplats. Kommer man dit blir man ofta kvar där en vecka, fjorton dagar. Skicka sköra personer till flera ställen är ju inte bra för någon. Det blir också fler ställen att komma till.”

”Det är mycket mer korttidsplatser idag och det är svårt att möta upp i den egna kommunen. Man får köpa en hel del. Det skulle bli mycket dyrare för kommunen att ha kvar dem på sjukhus, men det har också blivit dyrare med att köpa korttidsplatser.”

Under intervjuerna skulle respondenterna också beskriva vad man gör för att säkerställa en god vård och omsorg för patienten. Flertalet av dem nämner SAMSA i sammanhanget och vikten av att alla parter fyller i systemet på ett fullgott sätt. Betydelsen av korrekta uppgifter kan inte nog betonas av intervjupersonerna och är avgörande för en god patientsäkerhet. Andra menar att man innan utskrivning är noga med att säkerställa att sjukhusen har gjort det de ålagts att göra i SAMSA, med särskilt fokus på att de fyllt i planeringsfliken på ett fullgott sätt då denna har stor betydelse för att säkerställa att vården och omsorgen förlöper enligt plan. Ytterligare någon berättar att man i kommunen

har en speciell rutin för utvärdering inom tre månader efter utskrivning då man ringer upp patienten och hör hur det går för denne och om det är något den undrar över eller behöver.

"Vi följer SAMSA flera gånger om dagen för att kunna fylla på kunskap. Försöker att få till planeringsmöten så fort man ser att personen är utskrivningsklar och fylla på med det som vi ser att andra kan behöva veta."

"Om jag tänker på SAMSA idag är det en större samverkan mellan oss i professionen men jag vet inte om det blivit så mycket bättre för patienten egentligen. Just det här med att man går hem fortare och behöver komma till en korttidsplats."

Många av de intervjuade tar också upp vikten av att skriva avvikelser för patienter där inte allt har fungerat enligt plan. En av respondenterna tycker sig dock se en viss trötthet i organisationen gällande de avvikelser personalen har att skriva till sjukhusen. "Det finns en trötthet bland personalen att skriva avvikelser för man har kanske inte så stora förhoppningar om att det ska leda till någon förändring." Avvikelserna hänför sig till att sjukhusen skriver ut patienter utan att de är riktigt redo, vilket leder till merarbete för kommunerna och kullkastar deras planering.

De intervjuade skulle också beskriva situationer där patienterna förmodligen kan känna sig utsatta och att dessa situationer uppstår under möten för vårdplanering. Det är mycket personal som deltar i mötena och det är enligt respondenterna lätt att man pratar över huvudet på patienten och hamnar i ansvarsfrågor istället för att fokusera på patienten och vad denne önskar och behöver.

"Det är om man sitter flera i ett planeringsmöte. Att inte veta vilken vårdpersonal man kommer att möta hemma eller på ett annat boende. Man vet inte vem man kommer att möta i morgon."

"Man kan göra det på ett planeringsmöte med många personer. Man kan känna sig ensam för det är många personer som vet mycket om en och som försöker hjälpa, men det kan kännas att man är utlämnad."

2.3.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

2.3.4.1 Information kring lagen

Respondenterna berättar att de fått både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och de tillhörande riktlinjerna och egentligen inte saknar någon information i sammanhanget. Informationsbiten har enligt intervjupersonerna fungerat bra. "Jag är nöjd med informationen" och "vi har en förste biståndshandläggare som varit delaktig i den processen och informerat". En av de intervjuade berättar att hon själv varit en av de personer som varit delaktig i att ge information om lag och riktlinjer.

"Vi har haft informationstillfällen om lagen, bland annat uppe på Östra. Det som var mycket diskussioner kring var betalningsdelarna. Det har kommit ut ganska tydligt. Det brukar fungera, vi får ut det både linjevägen och genom SAMSA".

De intervjuade påpekar att det kommit information från olika nivåer i organisationen. En del har blivit informerade på centrala träffar i kommunen, medan andra fått information på arbetsplatsträffar.

2.3.4.2 Stöd i arbetet med lagen

Motivationen bland personalen att arbeta i enlighet med samverkanslagen sägs vara bra. Några av de intervjuade uttrycker det som att man egentligen inte haft något annat val än att försöka uppfylla lagens intentioner då den är tvingande.

"Motivationen är om man ska vara krass inget val och vi vill naturligtvis att vårt jobb ska gå så smidigt som möjligt. Kommer det en sådan här förändring är det ju bara att foga sig och göra det så bra som möjligt. Vi har haft den inställningen".

Andra menar att det ligger i allas intresse att följa lagens intentioner då den handlar om att ge den enskilde en god och säker vård och omsorg.

De intervjuade berättar också om det stöd de har för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen. Samtliga respondenter menar i sammanhanget att de har tillräckligt med stöd. Man kan till exempel kontakta SAMSA-ansvariga med frågor gällande IT-stödet och vårdplaneringsenheter med frågor gällande vårdplanering. Under senare tid har dock en del av respondenterna upplevt att

det förekommer ett visst ifrågasättande från vårdplaneringsenheternas sida om den efterfrågade vårdplaneringen verkligen är nödvändig. ”De ber oss lösa det på annat sätt.” Det är enligt de intervjuade stor tidspress i hälso- och sjukvården och man försöker minska antalet möten. Det påpekas också att det finns särskilda samordnare som man kan få stöd av. ”Nu vet man vart man ska vända sig med sådana saker som dyker upp” och ”det finns en stödstruktur”. En del av de intervjuade nämner också sina chefer som de upplever ger ett bra stöd.

2.3.5 Sammanfattning kommunerna

Alla de intervjuade i kommunerna menar att samverkanslagen och riktlinjerna är relevanta och ändamålsenliga. Vad gäller vårdplaneringen diskuterades denna utifrån möten för vårdplanering och IT-stödet SAMSA. Dessa möten sker idag ofta via Skype. I det ena studerade delregionala området skickar sjukhusen inte längre kallelser till mötena utan kommunerna förväntas gå in i SAMSA och bedöma om man behöver ha ett möte för vårdplanering och då kontakta sjukhuset. I samma område menar respondenterna att vårdcentralerna inte deltar i vårdplaneringen i den utsträckning som vore behövligt. I de båda andra delregionala områdena påpekar man att mötena för vårdplanering numera ska hållas korta, varför man tillsammans med vårdcentralerna har utarbetat nya rutiner innebärande att man har kortare Skype-möten på morgonen där vårdplaneringen ofta blir klar. Det påpekas också att primärvårdens rehabilitering inte är med i vårdplaneringen som man skulle önska. IT-stödet SAMSA uppfattas vara ett bra kommunikationsverktyg, men det brister på sina håll med uppgifterna i systemet. Den största svårigheten sägs vara att sjukhusen inte alltid fyller i och uppdaterar informationen och att mycket tid går åt till att be om kompletterande uppgifter.

Vad gäller innehållet i samverkanslagen är innebörden i stort enligt de intervjuade att patienterna ska komma hem snabbare från sjukhus samtidigt som vården ska vara trygg och säker. Det handlar också om att samverka mer kring patienterna. Om innehållet i lagen utifrån samordnad individuell plan (SIP) och patientperspektivet pekar de intervjuade på att det inte skett någon större ökning av antalet SIP, även om man idag gör något fler sådana. Mötena för vårdplanering räcker ofta till. SIP sägs också kräva mycket förarbete och det påpekas att vårdcentralerna kan vara motiverade att kalla till SIP då de får ersättning för denna. Vad gäller patientperspektivet pekar respondenterna på att den snabbare utskrivningen från sjukhus medför att patienterna ofta idag är i sämre skick när de kommer hem. Det finns inte alltid korttidsplatser lediga, varför

man kan behöva köpa platser från andra kommuner eller privata vårdgivare. De pekar också på att patienterna kan känna sig utsatta i samband med mötena för vårdplanering då det är lätt att man pratar över deras huvud och inte gör dem delaktiga i planeringen.

Förberedelserna inför samverkanslagens införande har fungerat bra i de studerade kommunerna. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer och man saknar inget i den vägen. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs vara god. Vad gäller det stöd man erhåller för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen lyfter respondenterna fram att de har tillräckligt med stöd. De kan kontakta de SAMSA-ansvariga med frågor gällande IT-stödet och vårdplaneringsenheterna vid frågor gällande vårdplanering.

2.4 Sammanfattning av nätverk 4 - 6

2.4.1 Förändrad vårdplanering

Samverkanslagen med tillhörande riktlinjer uppfattas av samtliga respondenter vara relevant för att förbättra samverkan vid vårdplanering och lagstiftning anses vara rätt väg att gå. Lagen är tvingande och medför att alla vårdgivare får samma förhållningsregler. Den nya lagen uppfattas i stort som ändamålsenlig med det finns utmaningar med den. Det är tre vårdgivare som ska samverka kring patienten; sjukhus, vårdcentraler och kommuner. Sjukhus och kommuner har sedan tidigare ett uppbyggt samarbete och nu ska vårdcentralerna hitta sin plats i detta. Vad gäller vårdplaneringen sker denna till stor del via Skype-möten och IT-stödet SAMSA. De intervjuade på sjukhusen anser att samarbetet med kommunerna överlag fungerar väl, även om det framkommer en del synpunkter på att mötena för vårdplanering tenderar att bli allt längre när intentionen är att de ska hållas korta. En del av vårdcentralerna och primärvårdens rehabilitering upplevs dock inte delta på möten i önskvärd utsträckning och det är svårt att ordna hjälpmedel till patienterna. Vårdcentralerna själva menar att det är svårt att delta eftersom det är kort framförhållning på mötena. På några av vårdcentralerna har man tillsammans med kommunerna utarbetat en ny rutin innebärande att man har kortare Skype-möten på morgonen där vårdplaneringen många gånger blir klar och de gemensamma mötena med sjukhusen kan hållas kortare. I kommunerna poängterar man att mötena för vårdplanering ska hållas korta och trygga upp för hemgång medan den mer långsiktiga planeringen ska

ske efter sjukhusvistelsen. Det påpekas att vårdcentralerna och primärvårdens rehabilitering inte är så delaktiga som man önskar.

IT-stödet SAMSA upplevs vara en viktig del i vårdplaneringen och kommunikationen mellan de olika vårdgivarna. Alla vårdgivare har tillgång till samma information, men systemet har också sina brister. För sjukhusen gäller att SAMSA inte är kompatibelt med sjukhusens journalsystem med dubbeldokumentation som följd samt att vårdbegäran som andra aktörer skickar till sjukhusen sällan är korrekt ifylld. Likaså saknas det på vårdcentraler och kommuner personal som uppdaterar systemet under kvällar, nätter och helger. Kommunerna och vårdcentralerna upplever att sjukhusen inte sköter systemet på ett fullgott sätt då det saknas uppgifter i systemet som måste kompletteras, vilket försenar vårdplaneringen. 2021 införs en ny gemensam IT-tjänst i Västra Götalandsregionen, Millennium, i vilket all hälso- och sjukvårdsinformation ska vara tillgänglig för dem som behöver den.

2.4.2 Samverkanslagens konsekvenser

Innebörden i samverkanslagen är enligt alla tre vårdgivarna i stort att ge patienterna en trygg och säker vård och omsorg samt korta vårdtiden på sjukhus. Detta ska ske i samverkan mellan de olika vårdgivarna. Vad gäller innehållet i lagen utifrån SIP (samordnad individuell plan) och patientperspektivet menar sjukhusen att deras roll i SIP är oklar och att de inte deltagit i så många sådana. De lyfter fram att patienten är färdigbehandlad när denne skrivs ut från en vårdavdelning och oftast inte behöver ytterligare sjukhusvård, varför man ställer sig tveksam till medverkan. Vårdcentralerna lyfter fram att de ska vara den drivande parten i SIP, att man klargjort ansvarsfördelningen på ett bra sätt och att SIP-mötena fungerar väl. Det som brukar dominera mötena är frågor relaterade till patientens behov av hemtjänst. Kommunerna pekar på att det inte skett någon större ökning av antalet SIP, även om man idag gör något fler sådana. Mötena för vårdplanering räcker ofta till och SIP kräver mycket förarbete. Representanter från sjukhusen sägs sällan vara med på SIP-mötena.

Gällande patientperspektivet poängterar samtliga intervjuade att vårdtagarna idag skrivs ut fortare från sjukhus med ökad risk för komplikationer och återinläggning som följd. Det finns inte heller alltid lediga korttidsplatser med följd att kommunerna kan tvingas ge vårdtagarna utökad hemtjänst, dubbelbelägga rum på korttidsboenden, köpa platser från andra kommuner eller privata vårdgivare eller låta dem ligga kvar på sjukhus. Den snabbare utskrivningen medför också att patienterna kan känna sig utsatta när de inte är riktigt redo för

hemgång men tvingas åka hem ändå. De kan också känna sig utsatta i samband med möten för vårdplanering då det är mycket personal närvarande och man lätt fastnar i ansvarsfrågor istället för att fokusera på patientens vård- och omsorgsbehov och göra dem delaktiga i planeringen.

2.4.3 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

Förberedelserna inför samverkanslagens införande anses överlag ha fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer till personalen på sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna. Detta har bidragit till en gemensam målbild och förtydligat ansvar och rutiner. Sjukhusen säger sig inte sakna någon information i sammanhanget och det samma gäller för kommunerna. På en av de studerade vårdcentralerna har informationsbiten inte fungerat lika bra då informationen anses ha varit ot tydlig och otillräcklig. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs vara god hos samtliga tre vårdgivare. Vad gäller det stöd man erhåller för att arbeta efter samverkanslagen anses förutsättningarna att hantera IT-stödet SAMSA se olika ut på olika sjukhusavdelningar. På de avdelningar som inte har särskilda SAMSA-samordnare är det svårt att hinna med både vårdarbetet och SAMSA. För kommunernas del gäller att de säger sig ha tillräckligt med stöd. De kan kontakta de SAMSA-ansvariga med frågor gällande IT-stödet och vårdplaneringseenheterna vid frågor gällande vårdplanering. Vårdcentralerna lyfter fram det stöd de har i vårdplaneringssköterskor, SAMSA-sköterskor och SAMSA-ansvariga på sina vårdcentraler.

3. Implementering och förändring i samverkan

Det finns många utmaningar med att implementera en reform och som i det här fallet, en ny lagstiftning som samverkanslagen. Den nya lagstiftningen ställer inte endast krav på att varje medverkande aktör – sjukhus, vårdcentraler och kommuner – ska börja handla annorlunda eller i alla fall förstärka sitt handlande i linje med lagstiftningens intentioner. Den ger också förväntningar på att verksamheter förändras, organiseras annorlunda, till följd av lagstiftningen. Det som ger en ökad grad av komplexitet i det här fallet är att det inte endast är en fråga om att se över hur den egna organisationen och verksamheten svarar upp mot den nya lagstiftningen, utan även hur samverkansformer mellan de olika huvudmännen, organisationer och professionerna, behöver förändras för handlandet ska ligga i linje med lagstiftningen. Det är ett förändringsarbete i dessa organisationer som således innehåller fler nivåer och dimensioner. Utifrån dessa utmaningar kommer i det följande flera olika aspekter på att arbeta med organisationsförändring i samband med implementering att diskuteras.

3.1 Implementeringens förutsättningar för förändring

Det finns flera faktorer som har betydelse för ett lyckosamt förändringsarbete och en av dessa är under vilka förutsättningar som arbetet sker, men även i vilken grad det är möjligt att utveckla och förändra verksamheten. Om förutsättningar är av den karaktären att det inte är helt uppenbart vilken förändring som ska åstadkommas behöver det finnas ett utrymme att pröva sig fram och efterhand kunna ta lärdom av gjorda erfarenheter. Detta gäller för den studerade implementeringen. Den nya reformen eller lagstiftningen som ska implementeras är en ny princip för organisering och ledning av verksamheten kring utskrivning av patienter från hälso- och sjukvård som med Matlands (1995) ord präglas av en mycket låg konfliktgrad kring dess intentioner och mål. Detta tillsammans med att lagstiftningen inte är tydlig med hur dess intentioner och mål ska genomföras eller vilka insatser som kan behövas gör att implemente-

ring och förändringsarbetet kommer att präglas av en stor grad av osäkerhet eller tvetydighet om vilken förändring som behöver genomföras och på vilket sätt. Låt oss titta lite närmare på varför det förhåller sig på det viset och hur det präglat den aktuella implementeringen och förändringsarbetet.

Med låg konfliktgrad menas här att olika aktörer verkar vara överens om lagstiftningens intentioner. Studien har dock inte undersökt den uppfattningen direkt inom den politiska domänen på dess olika nivåer. Däremot är det en rimlig tolkning att göra utifrån att tillkomsten av lagstiftningen på nationell nivå inte har präglats av utmärkande politiska skiljaktigheter och att det på regional nivå finns en dokumenterad överenskommelse. Detta berör således politikens olika läger och sammanhang. Den dokumenterade överenskommelsen anger en riktning för implementeringen och det gemensamma arbetet som uppfattas ligga i linje med lagstiftningen. Det finns även utarbetade och överenskomna riktlinjer och rutiner för hur det gemensamma arbetet ska genomföras, vilka har tagits fram gemensamt med företrädare för de tre organisationerna och med erfarenhet från det operativa arbetet. Överenskommelsen har bland annat som syfte att reglera betalningsansvar, förtydliga ansvarsfördelningen och rutiner mellan och inom kommuner och landsting.

Det är tydligt att det i denna delstudie (vilket även gäller för delstudie ett) finns en samsyn bland företrädare för alla verksamheter om att lagen som helhet och dess intentioner är legitima och rimliga. Det innebär att lagens syfte och de regionala riktlinjerna och rutinerna, som stipulerar att främja god vård och socialtjänst av god kvalitet för den enskilde och ska med det främja att en patient ska skrivas ut från den slutna vården så snart det bedöms som möjligt, av vårdens företrädare är en inriktning som såväl verksamhetsföreträdare som professionsföreträdare är överens om. Det kan beskrivas som ett mål med lagstiftningen som det inte råder delade meningar om i någon större utsträckning. Däremot är det kanske inte helt klart hur verksamhetens organisering ska förändras för att på bästa sätt stödja den målsättningen. Detta är den andra aspekten i Matlands (1995) modell om implementeringens förutsättning. Den om graden avklarheten kring implementeringen och vilka förändringar som kan behövas för att genomföra lagens målsättning. Det är samtidigt den stora utmaningen i denna implementering. För att komma tillrätta med detta problem föregicks implementeringen av ett visst förarbete.

Det fanns en förväntan på att reformen som skulle genomföras skulle påverka flera huvudmän, organisationer, verksamheter och professioner. Då målet uppfattades som tydligt i lagstiftningen och överenskommelser samt

riktlinjer och rutiner kunde parterna därför komma överens om, men eftersom det inte var lika tydligt hur samverkan kring patientens utskrivning ska genomföras fanns det anledning att börja planera. Frågan är: planera för vad? Det planerings- och förberedelsearbete som påbörjades behandlade i stort hur lagstiftningens intentioner kunde översättas till riktlinjer och rutiner för verksamheterna som var involverade. Detta arbete medförde insatser från olika verksamhetsföreträdare, såväl profession som chefer, och mycket av arbetet samordnas genom den befintliga samverkansstrukturen som redan finns inom ramen för Vårdsamverkan i Västra Götaland. Därutöver fördelades olika uppdrag med uppgiften att ansvara för och samordna så att förberedelsearbetet genomfördes. Riktlinjer och rutiner togs fram tillsammans med en IT-tjänst (SAMSA) som syftade till att underlätta kommunikationen mellan verksamheterna. Det beslutades om att detta skulle implementeras hösten 2018. I samband med förberedelserna planerades även utbildningsinsatser för att säkra att riktlinjer och rutiner tillsammans med IT-stödet skulle vara kända och möjliga att arbeta efter.

3.2 Organisationsförändring i samverkan verkar ge en cirkulär tröghet

Det förberedande arbetet präglades i huvudsak av idén om att det är möjligt att planera en förändring och att styra den så att det finns en likvärdig behandling av rutiner och riktlinjer såväl inom respektive organisation som i samverkan mellan organisationer. Det är också i det här avseendet den stora insatsen för att implementera samverkanslagen ligger, vilket framför allt knyter an till de delregionala insatserna och de förberedelser som skedde. Det skapade förutsättningar för de tre huvudaktörerna och dess lokala verksamheter att genomföra ett förändrings- och utvecklingsarbete. Det delregionala arbetet har haft som förändringsfokus att skapa förutsättningar för samverkan mellan organisationer, verksamheter och professioner genom framtagandet av riktlinjer och rutiner som bland annat påvisar ansvarsfördelning och i vilka faser som aktörerna kan koppla samman sina processer. Riktlinjer och rutiner svarar i bästa fall på vad som ska göras och att det ska göras. Däremot saknas beskrivningar av hur detta ska gå till i de olika verksamheterna och hur de ska samverka kring verksamheten. För detta krävs ett lokalt utvecklingsarbete där fokus för förändringen inte stannar vid den egna verksamheten och organisationen. Det har dock inte skett i någon större utsträckning och frågan är varför.

Vi vet genom tidigare studier att planerade förändringar har att hantera motkrafter, det vill säga olika former av motstånd och tröghet (Foster, 2010).

Det har dock inte i studien framkommit något påtalat motstånd mot implementeringen, men där finns en viss tröghet. Det visar sig att trots planering och utbildningsinsatser blir förändringsarbetet inte så entydigt. Vare sig delregionerna, huvudmännen, organisationerna (sjukhus, vårdcentraler och kommuner) eller professioner gör lika inom olika delar av regionen, det vill säga de uppfattar och arbetar på olika sätt med rutinerna samt de har olika uppfattningar om hur de borde samverka för att få ett bra arbete kring patienternas/individernas utskrivning från sjukhusen. Det är egentligen inte så underligt då det har funnits olika förutsättningar från början beroende på att alla verksamheter utvecklar sin specifika form av organisering och genomförande som ett svar på tidigare idéer om hur verksamheten ska organiseras och genomföras (Czarniawska, 2015). Detta gäller inte minst vårdcentralernas roll som samordnare i denna process, vilken är helt ny. Det är också denna del av implementeringen som i stora delar saknas, det vill säga ett gemensamt utvecklingsarbete för att finna samverkansformer mellan de tre aktörerna som underlättar processen för utskrivning för slutenvården.

Även om det förekom ett förberedande förändringsarbete så tenderade det att stanna vid den delregionala nivån. Förutsättningarna för implementeringen av reformen är att det inte räcker med en överenskommelse om riktlinjer och rutiner mellan parterna i regionen. Varje verksamhet behöver ställa två frågor: vad betyder det för verksamheten och hur den ska organiseras, hur ska samverka se ut med andra aktörer såväl i förändringsarbetet som i reformens genomförande. Förändringsarbetet behöver präglas av ett mer direkt deltagande för professionens företrädare samtidigt som arbetet behöver utmärkas av en tydlig närvaro av respektive verksamheters ledningsstruktur. Det ena för att skapa relevant innehåll i förändringen. Det andra för att ge förändringsarbetet förutsättningar och en gemensam riktning. Eftersom förutsättningarna för verksamhetens framtida genomförande är att den ska ske i samverkan är det även lämpligt att förändringsarbetet i viss omfattning bedrivs i samverkan. Det innebär att förändringsarbetet behöver ta fasta på samverkan i processerna och strukturerna och möjligheten till gränsöverskridande lösningar (Ryan m fl, 2008).

Ett viktigt argument således för varför framtagna riktlinjer och rutiner måste följas av ett lokalt utvecklingsarbete är att förändringar aldrig sker förutsättningslöst. Det finns alltid tidigare förutsättningar i form av tidigare rutiner och arbetsmetoder, föreställningar och värderingar. De har inte heller tidigare varit desamma hos dem som nu förväntas arbeta tillsammans och på liknande sätt. Även om det är känt av alla verksamhetsföreträdare, chefer och medarbetare,

att de arbetar på olika sätt sedan tidigare finns det samtidigt en uttalad förväntan eller förhoppning om att nu i samband med implementeringen ska de börja arbeta mer enhetligt. De nya rutinerna ska nu bli den markör som alla behöver för att arbeta på ett likartat sätt. Företrädare för såväl sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna uttrycker med en viss förvåning att alla de samverkar med arbetar olika. Det kan gälla mellan sjukhuset och kommunerna, kommunen och vårdcentralerna, och så vidare, det vill säga ”om alla som vi har kontakt med kunde samverka med oss på samma sätt underlättade det för oss”.

En möjlig väg att komma dit hän är att utveckla verksamheten och samverkansformer gemensamt i de mer lokala sammanhangen, det vill säga mellan de aktörer som samverkar operativt. Detta sker i mycket liten utsträckning. Det är ju inte heller så att de olika aktörerna arbetar så olika att det inte fungerar alls att samverka kring utskrivning av patienterna. Däremot finns det mycket som talar för att det skulle kunna fungera bättre. Det finns dock en tröghet i utvecklingsarbetet och försöken att åstadkomma förändring för att det inte finns mycket av gemensamma ansträngningar. Förändringsarbete kräver aktörer som driver på och är engagerade för att åstadkomma förändring, men dessa aktörer behöver såväl mandat som en lokal förankring i verksamheten. Utmaningen blir inte mindre av att förändringsarbetet behöver ske i samverkan mellan organisationer och verksamheter. När det operativa arbetets förändring inte har tydliga förkämpar, utan att de olika aktörerna som ska samverka snarare tittar på varandra och undrar varför inte de andra gör annorlunda uppstår en cirkulär tröghet. Det är inte endast en tröghet att åstadkomma en förändring i den egna organisationen, utan det blir en rundgång där trögheten och föreställningen om hur svårt det är att få till stånd förändring studsar som ett eko mellan aktörerna. Det visar sig att det inte räcker med regionala eller delregionala samordnare som har ett uppdrag att samordna implementeringsarbetet. Det behöver även finnas lokala aktörer med verksamhetsförankring som har ett uppdrag och mandat att i samverkan medverka till att det utvecklas lokala arbetsformer som stöder samverkan kring patientens utskrivning. Lösningen är troligtvis inte att rutinerna och riktlinjerna blir än tydligare och får ännu påtagligare uppföljning utan snarare att det påbörjas lokala utvecklingsarbeten i samverkan mellan de tre parterna utifrån lagstiftningens, riktlinjernas och rutinernas intentioner och mål.

3.3 Hur lärande över tid kan överbrygga det tänkta och det faktiska

Studerad samverkanslag är ett uttryck för planerad förändring där delar av hälso- och sjukvårdssystemet samt kommunens vård- och omsorgssystem ska öka sin samverkan. Den har sedan 2018 genomförts och en rad erfarenheter finns kring vad som sker när det tänkta möter det faktiska. Implementeringens styrs och leds på flera olika nivåer och utifrån olika logiker. Vi har främst fokuserat och tagit del av beskrivningar som är på operativ eller första linjens nivå, där implementering av samverkan ska realiseras, dvs att i samverkan vidareutveckla organisatoriska resurser kopplat till lagens mål och ambitioner. Men de facto sker denna realisering många gånger utifrån de linjebetingelser som befintliga strukturer och administrativa system medger och etablerade logiker möjliggör. Det som beslutsfattare har tänkt i idévärlden ska föra en ojämn kamp med det som faktiskt sker i sinnevärlden, i den vardag där olika huvudmän och professioner möter berörda patienter och brukare. Det betyder ingalunda att inte något händer och sker. Ambitioner och avsikter knutna till en tämligen enhetlig retorik om samverkan, bland annat att ge patienter den vård och omsorg de behöver och tillhandahålla en säker och trygg utskrivning, översätts och realiseras i olika arrangemang i olika delregioner men med sinsemellan olika förutsättningar. Exempelvis inom storstadsområden med hög kapacitet men med komplexa och tröga beslutsstrukturer och i mindre orter med omland med lägre kapacitet men med lokal kännedom och enklare beslutsstrukturer. Förutsättningar för implementering och utfall blir härmed olika och berörda aktörer har således olika erfarenheter och förmåga att överblicka och verka i de system inom vilka man är en del. Genomgående är våra bestämda intryck, oavsett förutsättningar, att man pragmatiskt navigerar mellan flera olika krav och målbilder så att de patienter/omsorgstagare/brukare man företräder ges uppmärksamhet, tid och resurser. Ofta får man knåda, vrida och omforma insatserna utifrån både rådande organisatoriska förutsättningar och berörd patient/brukares behov. Det finns således mycket att lära om samverkan och organisering vid implementering av samverkanslagen.

Planerad förändring leder sällan till planerat resultat och i det gapet finns utrymme för lärande vilket vi nedan kommer att ta fasta på. Vi har i rapporten pekat på flera olika typer av diskrepanser (för korta sammanfattningar, se avsnitt 2.1.5, 2.2.5. och 2.3.5). Varken enskilda personer eller organisationer kan förutse vad som väntar, samtidigt som de måste organisera sig som om de visste. Det är en insikt som mycket implementeringsforskning kan skriva under på. Det tänkta möter en mångbottnad verklighet. Vi har i avsnittet ovan analyserat

detta möte utifrån Matlands modell kring policyimplementering, där framför allt två centrala omständigheter påverkar implementeringsförutsättningarna, dels huruvida det råder enighet om den tänkta föreslagna förändringen eller ej, dels huruvida föreslagen förändring, dess mål och medel, är tydligt preciserade i förhållande till upplevd organisatorisk verklighet eller ej. I avsnittet ovan argumenterade vi för att implementering av samverkanslagen till största del kan placeras inom ramen experimentell implementering, dvs det råder ingen oenighet eller konflikt om att införa intentionerna med lagen, men att lagens mål och medel är föremål för många olika tolkningar främst utifrån att de faktiska förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika aktörskonstellationer som ska genomföra lagen. Implementering sker inte i ett organisatoriskt vakuum. Den komplexa organisatoriska vardagen där olika huvudmannasystem ska samverka låter sig inte styras enbart av tänkta vällovliga ambitioner, utan präglas i än högre grad av redan befintliga (vällovliga) värderingar och förhållningssätt. Olika aktörskonstellationer måste enligt Matlands modell därför pröva sig fram. Det handlar inte alltid om att lära mer. Många gånger handlar det också om att rannsaka sina föreställningar, att lära av för att lära om och lära nytt.

Lärande kan i sin enklaste form beskrivas som den process varigenom individer eller organisationer tar till sig ny kunskap som sedan gör att de ändrar sin praktik. Redan Argyris och Schön (1978) betonade att en viktig förutsättning för organisatoriskt lärande är att individer lär. Samtidigt säger de att det inte är säkert att en organisation lär bara för att individerna lär. Organisatoriskt lärande förutsätter att individens lärande påverkar organisationens kapacitetsbyggande, i form av gemensamma föreställningar, rutiner, värderingar och kultur. Organisatoriskt lärande resulterar på så sätt i kollektiva förståelseformer, värderingar och handlingsmönster som utvecklas och delas av chefer och medarbetare. I vårt fall ska det inte bara ske i en organisation utan idealt och samordnat i flera organisationer samtidigt, och implementeringen har därmed bäring på övergripande politiskt klimat och kulturen inom olika förvaltningsledningar. Vid experimentell implementering är således förmåga att lära en av de viktigaste resursskapande processerna för berörda verksamheter. Det fordrar därför ett lärande förhållningssätt, en lärande attityd till det som man företar sig i arbetet, som är mer reflekterande på alla nivåer: för verksamhet, enskild satsning och på individnivå. Många gånger handlar det också om att rannsaka sina föreställningar, att lära av för att lära om och lära nytt.

Olika sorters brister uppdragas när nya ambitioner ska realiseras vilket reser krav på lärande och förändring. Det handlar om organisatoriska, relationella,

tekniska men också föreställningsmässiga. Förvisso handlar inte samverkanslagen om en nära tvärsektorieell organisatorisk och personell samverkan utan mer om att underlätta övergången för patienter och brukare mellan olika huvudmän. Inte desto mindre har flera utsagor handlat om den asymmetri som sedan tidigare identifierats (Danermark & Kullberg, 1999) och som kommer till uttryck i skillnader i status, ansvar och regelsystem mellan olika huvudmän och yrkeskategorier. Samverkan upplevs inte som ömsesidig mellan olika parter, utan olika system upplevs förfördela samverkan, inte minst för patienter och brukare. Initial information och utbildningsinsatser om lagen och riktlinjer till trots, är personalomsättningen stor inom flera områden vilket kräver upprepade utbildningsinsatser för att ge innehållet i lagen ett uthålligt genomslag. De framkommer också att kunskap och förståelse om de ingående parternas olika organisatoriska förutsättningar till delar brister, och fastän regelbundna möten på chefsnivå föreligger fångar detta samarbete inte in alla de praktiska samverkansfrågor som medarbetarna har att ta ställning till i sin vardag. Helt klart underlättar IT-stödet SAMSA som samverkansplattform kommunikationen och att potentiella problem kan upptäckas innan de utvecklas till större, men likväl behöver plattformen utvecklas, såväl dess form som innehåll. Det här och annat har vi hört att olika parter jobbar med för att utveckla och förbättra.

När olika grupper från två eller flera organisationer samverkar kring komplexa, mångtydiga och utdragna uppdrag så uppstår en rad svårigheter med information och hur den ska förstås. Fastän övergripande andemening med lagen ligger fast har vi sett hur både operativa målsättningar och administrativa funktioner förändrats över tid beroende på parallella utvecklingsförlöpp. Likaså får de som arbetar centralt i satsningen nya roller i relation till uppgiften under processens gång. De regleringar som finns inom olika verksamheter underlättar inte alltid samverkan, och berörda medarbetare är också upptagna av de arbetsuppgifter som de här regleringarna reglerar. Måhända är utskrivning som aktivitet inte omfattande men utskrivningen berör och påverkar många, både professioner och funktioner inom och utom organisationen. Många kan därför reagera på utskrivningsprocessen, även patienten och dess anhöriga, som de facto är experter på sina livsområden. När Matland talar om experimentell implementering handlar det som sagt att ta lärdom av vad som sker medan man som i vårt fall samverkar och agerar. Lärtilfällen uppstår hela tiden, vissa upptäcks och åtgärdas medan andra blir man kanske varse först långt senare för att man har för mycket att göra. Vissa lärtilfällen negligeras eftersom de skulle kosta för mycket tid och pengar att åtgärda, i synnerhet om berörd organisation

upplever att man själv och inte tillsammans med de samverkande parterna delar upplevd merkostnad. Inte minst de senare är det viktigt att de ges utrymme för att diskutera, eftersom just samverkan som generell synergilösning är tänkt att mjuka upp sådan upplevd problematik

Ett vanligt antagande när man talar om lärande och förändring är att förändring leder till förbättring när ett reflekterande och lärande sker tillsammans med den kunskap som redan finns. Många av berörd personal har en bakgrund som specialister, vilket innebär att de har viktig kunskap i specifika sakfrågor. Men specialisttänkande kan ibland också vara ett hinder för utveckling av samverkan och ett vidare helhetsperspektiv som studerat samverkansinitiativ också innebär och förkroppsligar. Bristande kunskap och förståelse om den större helhet inom vilken man ingår i form av hälso- och sjukvård- samt omsorgssystemet, kan skapa både bristande respekt för varandras verksamheter och orimliga förväntningar på vad andra parter kan bistå med. Vi har också stött på utsagor som att man vidtagit de förändringar som krävs för att det ska förbli vid det gamla. Att ge primärvården ett ökat mandat vid samverkan som finns inskrivet i lagens intentioner har för både sjukvård och kommun också försvårat redan utarbetade samarbetsmönster och relationer, och då har åtgärder, förvisso i pragmatisk anda, ibland vidtagits för att bevara status quo. När vi ställt frågor kring gemensamt lärande i anordnade fokusgrupper har deltagarna vittnat om att lärandet främst sker inom respektive huvudman, snarare än mellan berörda huvudmän. Härmed kan rådande skillnader snarare än likheter förstärkas, ej till gagn för samverkan. IT-stödet SAMSA har inte till fullest kunnat hårbärgera en gemensam diskussion om olika organisatoriska förutsättningar, och som flera har efterlyst. Berörda samordnare och koordinatörer har förvisso träffats och både delat och reflekterat över delade erfarenheter men samverkan sker i huvudsak genom många andra som inte har haft samma möjlighet att träffas och systematiskt reflektera över gjorda erfarenheter.

Organisationer finns för att lösa praktiska problem. Förändring och implementering handlar om att lösa praktiska problem på ett bättre vis, och här är studerad implementering av samverkanslagen inget undantag. Då lösningen i föreliggande fall inte är en av alla överenskommen teknisk manual måste man ha mandat, överblick och insikt för att kunna förändra rådande och utveckla nya relationsmönster mellan berörda samverkande huvudmän. Detta utvecklingsarbete förutsätter ett lärande förhållningssätt. Som nämnt, läraspekter kring gjorda implementering uppmärksammas främst utifrån de berörda organisationernas enskilda perspektiv. Vi menar också att lärande i samverkan

borde uppmärksammas mer. Som vi försökt visa är det här lärarytet i hög grad kontextuellt betingat och skiljer sig åt rumsligt mellan olika delregioner och förändras över tid ofta i samklang med vad som annars sker parallellt i och mellan berörda organisationer vid implementering. Att lära som organisation eller i samverkan med andra organisationer kring implementering innebär att balansera dels handling med reflektion, dels gjorda erfarenheter med implementeringens intentioner och ambitioner. Samverkanslagen formar förväntningar, skapar en "sense of urgency" och möjlig inriktning för vad som är önskvärt. Enskilt och tillsammans påverkar de här förväntningarna förmågan att göra något runt utskrivning av patienter och omsorgstagare. Det handlar om att välja och agera i konkreta situationer utifrån de förutsättningar man upplever att man har för handen. Men det handlar också om en förmåga att lära och reflektera över gjorda handlingar, att tänka och förstå i vilka större sammanhang man härigenom agerar och på vilka olika sätt man också hade kunnat agera annorlunda. Denna reflektion sker mot en fond av gjorda erfarenheter, det kan vara explicit färdighetskunskap och regelkunskap men också oartikulerad tyst kunskap inbäddad i rutiner och handlingsmönster som berörda tar för givna. Det här lärarytet pågår, och vi vill med rapportens beskrivningar och analyser förstärka behovet av att ytterligare fokusera olika läraspekter av gjord implementering.

3.4 Slutsatser inför framtiden

Vi har ovan konstaterat att det finns en bred uppslutning kring samverkanslagens syfte att främja en god hälso- och sjukvård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från den regionfinansierade vården, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. I de olika delregionerna har de arbetat för att skapa förutsättningar för samverkan, mellan olika organisationer, olika verksamheter och olika professioner, främst genom att ta fram riktlinjer och rutiner. Samtidigt är samverkan mellan berörda parter ingalunda en ny företeelse, utan varit ett återkommande inslag i de senaste decenniernas olika översyner av arbeten som sjukhus, vårdcentral och kommunen utför. Det finns en tendens att se ökad samverkan som en universallösning som ska lösa alla problem. Det betyder att det redan finns många inarbetade samverkansrutiner, som också måste modifieras utifrån samverkanslagens intentioner.

I rapporten har vi beskrivit och redovisat hur berörda aktörgrupper har uppfattat det här arbetet, snarare än de effekter vi kunnat se av nämnda implementeringsarbete. Flera har givit uttryck för att samverkanslagens intentioner

kring samverkan har att förhålla sig till inte bara vad som vägleder de respektive verksamheterna utan även den samverkan som över tid har utvecklats mellan berörda verksamheter. Det blir nu ytterligare fler parametrar att förhålla sig till i form av reglerat betalningsansvar, förtydligad ansvarsfördelning och rutiner mellan region och kommun. Det är således inte förvånande att det sker en ökad upplevd komplexitet. Flera har förvisso kunnat konstatera att utskrivningstiden har kortats och därmed kostnaderna (vilket har varit ett delsyfte med lagen), men flera har samtidigt givit uttryck för en farhåga att någon får bära denna kostnad i form av ökad frustration bland berörda brukare och anhöriga. Berörda brukare eller företrädare för brukarorganisationer borde kanske involveras så att de samverkanstjänster som utvecklas utgår mer tydligt från deras behovsbild, snarare än ingående parter behovsbilder.

Vi kan konstatera att mycket av deltagarnas uppfattningar om den nya samverkanslagen berör den egna organisationens/verksamhetens/professionens medverkan, och att man inte tycks vara fullt orienterad kring hur andra samverkande organisationer/verksamheter/professioner arbetar med hur samverkanslagens implementeras. Respektive part har försökt att anamma nya ideal kring samverkan främst inom ramen för sina egna förutsättningar. Arbetet med samverkan har då att förhålla sig till andra krav och förväntningar på verksamheten och blandas även ihop med andra utvecklingsaktiviteter och förbättringsarbeten inom respektive organisation och verksamhet. Vi konstaterade i analysen ovan att det saknas beskrivningar hur olika verksamheter gemensamt utvecklar och lär kring samverkan.

Vi kan även konstatera att det föreligger en del brister i den lokala styrningen av förändringsarbetet. Det får till följd att förändringsarbetet är helt överlämnat till den delregionala styrningen. Den delregionala nivån har ett uppdrag att samordna riktningen för implementeringen och förändringen. De lokala aktörerna att ta ansvar för det lokala utvecklingsarbetet. Om det inte sker riskerar förändringsarbetet att avstanna eller att aldrig ta fart. Det äventyrar även möjligheten att få till en samlad utveckling och istället utvecklas en flora av lokala lösningar som verkar vara helt beroende av enskilda initiativ, företrädesvis från olika professionsföreträdare. En annan konsekvens är den uppenbara underlåtenheten att organisera för ett gemensamt utvecklingsarbete för att finna lämpliga samverkansformer. Det leder till att de förändringar och anpassningar som ändå sker tenderar att utgå från den enskilda organisationens behov snarare än det gemensamma uppdraget. Det leder också till att det saknas miljöer, sam-

manhang och mötesplatser för utveckling där professionernas kan mötas för att våga pröva sina tankar, utmana sina erfarenheter och lära av varandra.

Lagstiftning och utvecklade riktlinjer ger ännu inte en tydlig riktning och strategi för strategisk och långsiktig samverkan på lokal nivå. Och den samverkan mellan berörda parter på lokal nivå som lagstiftningen uppmärksammat har fortfarande att hantera utmaningar över organisatoriska gränser där ledning och ansvarsfördelning fortfarande bland berörda uppfattas som otydlig. Vi kan se organisatoriska och kompetensmässiga inlåsningar som hindrar samverkan. Kulturen och mottaglighet för samverkan på alla nivåer i systemet behöver stärkas, bland annat behöver koordinators mandat, kompetens och förmåga kring samverkan tydliggöras och stärkas i det fortsatta arbetet, inte minst på lokal nivå. Praktiska IT-verktyg, som SAMSA, för att arbeta med samverkan behöver bättre kunna tillämpas i berörda organisationer. Inte minst när verktyget tillämpas i en organisation måste den även upplevas som ett stöd för samverkande parter, vilket inte alltid varit fallet.

Sagt detta betyder inte att de goda intentioner som lagen ger uttryck för har kommit på skam, men en hel del återstår att lära sig och att göra för att förverkliga dem. Förändring är lärande och lärande är förändring.

Referenser

- Alexandersson, K. (2006). *Vilja, kunna, förstå – Om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Örebro: Örebro universitet.
- Alvesson, M., & Svingsson, S. (2008). *Förändringsarbete i organisationer: om att utveckla företagskulturer*. Stockholm: Liber.
- Argyris, C., & Schön, D., (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Berlin, J., Jensen, C., Löfström, M. & Nilsson, V. (2016). *Chefers strategier för att implementera samverkan*. NATKOM-rapport 29. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige (KFi).
- Bryson J. M., Crosby, B.C. & Middleton Stone, M. (2015). Designing and implementing crosssector collaborations: Needed and challenging. *Public Administration Review* 75(5): 647–663.
- Carlén, M., Löfström, M. & Theandersson, C. (2014). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg*. Högskolan i Borås: rapport 34.
- Child, J. (2005). *Organization: Contemporary Principles and Practice*. Oxford: Blackwell.
- Czarniawska, B. (2015). *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Czarniawska, B., & Sevón, G. (1996). Introduction. In B. Czarniawska & G. Sevón (Eds.), *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter.
- Danermark, B., & Kullberg, C. (1999). *Samverkan – Velfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Foster, R. D. (2010). Resistance, justice, and commitment to change. *Human Resource Development Quarterly*, 21(1): 3-39.

Hill, M. & Hupe, P. (2014). *Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance*. Los Angeles: Sage.

Jacobsen, D. I. (2019). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Jensen, C., Johansson, S. & Löfström, M. (2018). Policy implementation in the era of accelerating projectification: Synthesizing Matland's conflict-ambiguity model and research on temporary organizations. *Public Policy and Administration*, 33(4). 447-465.

Johansson, S. (2010). Implementing Evidence Based Practices and Programmes in the Human Services – Lessons from Public Administration Research. *European Journal of Social Work*, 13(1):, 109–125.

Johansson, S. (2015). Policyimplementering – Att förändra verksamhet i människobehandlande organisationer. I Johansson, S., Dellgran, P., och Höjer, S (red.), *Människobehandlande organisationer – Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

John, P. (1998). *Analysing Public Policy*. London: Pinter.

James M Kouzes, & Mico, Paul. R. (1979). Domain Theory: An Introduction to Organizational Behaviour in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 15(4), 449-469.

Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucrazy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lundquist, L. (1987). *Implementation steering. An actor-structure approach*. Lund: Studentlitteratur.

Lupton, T. (1991). Organisational Change: "Top-down" or "Bottom-up" Management? *Personnel Review*, 20(3), 4-10.

Löfström, M. & Jensen, C. (2019) *Innovation in Human Service Organizations – the case of Coordination Associations in Sweden*. International Research Society for Public Management (IRSPM) 23th Annual Conference at Victoria University, Wellington, New Zealand.

- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2): 145–174.
- McNulty, T., & Ferlie, E. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, 25(8):, 1389-1412.
- Nordström, E., (2016). *Samordnad individuell plan (SIP) – Professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter*. Jönköpings universitet: Licentiatavhandling, Series No. 71.
- Osborne, S.P. (2010). Introduction: The (New) Public Governance: A suitable case for treatment? In Osborne, S.P. (ed.), *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London: Routledge.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. *The Academy of Management Journal*, 44(4):, 697-713.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press. US.
- Roethlisberger, F. J., & Dickson, W. J. (2003). *Management and the Worker*. London: Routledge.
- Ryan, N., Williams, T., Charles, M., & Waterhouse, J. (2008). Top-down organizational change in an Australian Government agency. *The International Journal of Public Sector Management*, 21(1):, 26-44.
- Sannerstedt, A. (2001). Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I B. Rothstein (Ed.), *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS Förlag.
- SFS (1990:1404) Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
- SFS (2017:612) Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Suddaby, R., & Foster, W. M. (2017). History and Organizational Change. *Journal of Management*, 43(1), 19-38.

van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *The Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.

van Meter, D. & Van Horn, C. E. (1975). The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration and Society*, 6(4): 445–488.

Vedung, E. (2016). *Implementering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Kommunforskning i Västsverige, KFi, är en organisation som bedriver forskning inom området ekonomi och organisation i kommuner och regioner.

Verksamheten utgår ifrån ett samarbetsavtal mellan kommuner och regioner samt universitet och högskolor i Västsverige. Syftet med samarbetsavtalet är att initiera forskning inom det nämnda området och därmed bidra till att skapa en stark forskningsmiljö



**KommunForskning
i Västsverige**

c/o Göteborgs universitet
Box 665
405 30 Göteborg

Tel 031-786 59 00
E-post kfi@kfi.se
www.kfi.se