

# Utmaningen att samverka kring implementering

– en enkätstudie om att genomföra lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården

Mikael Löfström



# Utmaningen att samverka kring implementering

– en enkätstudie om att genomföra lagen om  
samverkan vid utskrivning från slutenvården

Mikael Löfström

KFi-rapport nr 163

ISBN 978-91-87454-76-9  
© 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](mailto:kfi@kfi.se)  
[www.kfi.se](http://www.kfi.se)

# Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning.....   | 7  |
| 1 Implementering av ny lag inom vård och omsorg .....                             | 9  |
| 1.1 Bakgrund.....   | 9  |
| 1.2 Studiens fokus.....   | 10 |
| 1.3 Studiens syfte .....  | 10 |
| 1.4 Enkätstudiens analysmodell .....  | 11 |
| 1.5 Enkätstudiens genomförande .....  | 14 |
| 2. Resultat från enkätstudien .....   | 17 |
| 2.1 Kännedom om och förståelse för rutinen bland personalen? .....                | 17 |
| 2.2 Uppfattas rutinen relevant och ändamålsenlig .....                            | 21 |
| 2.3 Förutsättningar för att implementera rutinen.....                             | 23 |
| 2.4 Förutsättningar att samverka kring rutinen .....                              | 26 |
| 2.5 Det professionella samarbetet i den samordnade individuella planeringen ..... | 28 |
| 2.6 Samverkan kring den enskilde .....  | 30 |
| 3. Slutsatser och reflektion.....   | 33 |
| 3.1 På vilket sätt går det att styra med rutiner?.....                            | 33 |
| 3.2 Förhållandet mellan regional styrning och lokal ledning .....                 | 34 |
| 3.3 Behov av att samverka vid implementering .....                                | 36 |
| Referenser .....  | 39 |
| Bilaga 1 .....  | 41 |



# Sammanfattning

Denna rapport är en tredje 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. Delstudien är en enkätstudie utskickad till medarbetare hos kommuner, sjukhus och vårdcentraler inom 15 kommunala områden: Dals-Ed, Grästorp, Herrljunga, Hjo, Lerum, Lidköping, Lysekil, Mölndal, Skövde, Stenungsund, Tjörn, Tranemo, Vårgårda, Vänersborg och Åmål. Urval är 300 respondenter, det vill säga 100 respondenter för varje samverkansaktör: kommun, sjukhus och vårdcentral. Svarsfrekvensen är 48 procent.

Resultat från studien visar att den regionala rutinen som implementeras för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen hos kommuner, sjukhus och vårdcentraler i huvudsak är känd och accepterad i stor utsträckning bland medarbetarna. De inledande utbildningsinsatserna har således haft avsedd effekt. Däremot är det inte lika klart i vilken omfattning aktörerna följer rutinen eller utvecklade lokala anpassningar av rutinen och hur det i så fall har gått till. Här behöver ansvariga fundera på hur det fortsatta arbetet med att genomföra en omställning för att kunna arbeta efter rutinen ska gå till. Ska det finnas utrymme för lokal anpassning av rutinen eller ska efterlevandet av den regionala rutinen kontrolleras. Den lokala ledningen behöver stiga fram för ta ansvar för de här frågorna och gör det tillsammans lokalt mellan de tre aktörerna, men även i en tydlig dialog med den regionala styrningen. Hittills har den lokala ledningen generellt varit alldeles för frånvarande.

En central fråga är behovet av att utveckla vårdcentralernas roll som koordinatör av processen kring in- och utskrivning av patienter. Det är en roll som är ny och som inte verkar funnit sina former ännu. Det verkar däremot arbetet med SIP ha gjort även om det är svårt för professionerna att få tiden att räcka till för detta arbete.

Avslutningsvis kan konstateras att denna delstudie visar på att intentionerna med att implementera samverkanslagen har också fått ett visst genomslag i det lokala arbetet kring in- och utskrivningsprocessen av patienten. Den visar också att det finns en del kvar att göra i och form av att klargöra och säkra olika samverkansstrukturer samt att säkerställa ett fortsatt utvecklingsarbete som i första hand utförs av de professionella aktörerna, men med en tydlig närvaro av såväl det regionala perspektivet som det lokala.



# 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 problematik. Det har varit svårt att få tillstånd ändamålsenlig samverkan inte minst kring hantera olika typer av gränsdragningar såsom juridiska, geografiska, byråkratiska och professionella (Johansson, 2011; Löfström, 2010). Detta gäller inte minst mellan hälso- och sjukvården och kommunernas vård och omsorg. En rad olika tekniker och verktyg har används för att underlätta samverkan såsom riktade satsningar, experiment och pilotprojekt, och därmed uppmuntra med medel och understödja lärandet för att öka förmågan att samverka (Jensen och Kuosmanen, 2008). Den här delstudien har undersökt på vilket sätt en ny lagstiftning med syfte att reformera samverkan mellan olika huvudmän och verksamheter har möjliggjort för olika organisatoriska arrangemang i form av riktlinjer och en antagen rutin.

Det finns sedan tidigare lagstiftning som syftar till att stödja och styra en förbättrad samverkan mellan dessa huvudmän. Den lagstiftning som nu blivit aktuell från den 1 januari 2018 är: Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612). Syftet med samverkanslagen är att den ska främja en god hälso- och sjukvård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från den regionfinansierade öppna vården, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Hälso- och sjukvård ska finnas i sådan omfattning i öppna former att patienter inte blir kvar inom slutenvården längre än nödvändigt. Den nya lagen ska främja att en patient med behov av ytterligare insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Lagen om samverkan vid utskrivning innebär högre krav på samverkan mellan slutenvården, öppenvården och kommunen. Huvudmännen ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer om samverkan och förväntas ingå överens-

kommelser med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilka belopp som ska betalas. Den nya samverkanslagen har inneburit att nya riktlinjer och en rutin 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 rutinen 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 kräva 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 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 Theandersson, 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 rutinen sker, b) hur de strategiska och strukturella formerna utvecklas för att befrämja samverkan utifrån samverkansavtalets intentioner c) hur samverkansmöten mellan de professionella utvecklats för att befrämja exempelvis samordnad individuell planering (SIP).

## 1.3 Studiens syfte

Studien 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. Syf-

tet med denna enkätstudie är att beskriva och analysera hur implementeringen uppfattas av företrädare för slutenvården, öppenvården och kommuner, där utgångspunkt är att öppenvården har fått ett tydligare uppdrag att koordinera samverkan. Studien belyser samtidigt den komplexitet som uppfattas föreligga vid samverkan mellan de olika vårdgivarna samt innebörden av och utmaningar med samverkanslagen.

#### **1.4 Enkätstudiens analysmodell**

Ett mer ingående teoretiskt resonemang kring analysmodellen finns i delrapport ett (Löfström, Nilsson & Jensen, 2019) där implementeringsteoriens utveckling diskuteras utifrån de tre huvudperspektiv som utvecklats över tid. Det handlar i stor utsträckning om att klargöra implementeringsarbetets förutsättningar. Lagstiftarens beslut om samverkanslagen och dess införande är en form av beslutsfattande som styr implementeringen tillsammans med de regionala överenskommelser kring riktlinjer och en rutin som också är beslutade om. 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 genomförandet (Brulin, Sjöberg och Svensson, 2009). 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 förändra dess organisering och genomförande. I det konkreta fallet handlar det om att implementera en ny lagstiftning som syftar till att uppmärksamma samarbetet mellan olika parter vid utskrivning från slutenvården. Västra Götalandsregionen har tillsammans med kommunerna inom samma område för ändamålet tagit fram en överenskommelse och en rutin för arbetet tillsammans med en IT-tjänst, SAMSA. Implementeringen av riktlinjer och rutin innebär en form av infrastruktur för samverkan mellan olika verksamheter som har olika huvudmän och som innefattar en föreskriven gemensamma rutin.

Det är därför en viktig utgångspunkt för implementeringens förutsättningar att det finns olika intressen som samverkar och att professionens företrädare medverkar till att reformen implementeras. Det fodrar att de aktörer som ska implementera lagstiftningen behöver vara överens eller komma överens om vad de ska implementera och hur de ska implementera. När det kommer till

implementeringen av samverkanslagen finns det en regional överenskommelse om riktlinjer och rutin som beskriver en gemensam syn på lagstiftningen och vad den innebär samt vad som är centralt att implementera. Riktlinjer och rutiner ger en viss vägledning, men det föreligger ändå vissa oklarheter om hur det gemensamma arbetet kring utskrivning av patienter från slutenvården ska organiseras. Att det råder olika uppfattningar är ingalunda unikt för denna reform. Matland (1995) visar att både förståelsen för reformer som den aktuella lagstiftningen och för dess genomförande skapar avgörande förutsättningar för hur den kan implementeras. Matland (1995) argumenterar för att två villkor är centrala. Det ena är i vilken grad aktörerna som är involverade i implementering har motstridiga uppfattningar om reformen. Det är något som inte föreligger i någon större utsträckning i det här fallet. Det andra i vilken grad reformen uppfattas som otydlig, det vill säga om det föreligger en osäkerhet avseende mål eller medel när det kommer till reformens genomförande. När det gäller samverkanslagen har tidigare delrapporter visat att det finns en gemensam syn på vad reformen (samverkanslagen) ska uppnå däremot är det inte lika klart hur det ska gå till och framför allt vilka resurser som ska användas av de samverkande parterna (Löfström, Nilsson och Jensen, 2019; Jensen, Löfström och Nilsson, 2020). Det gör att det kan krävas en öppenhet för lärande och utveckling av nya lokala lösningar, vilket gör att det kommer vara betydelsefullt hur kontextuella faktorer såsom resurser och aktörer används och kombineras för resultatet av implementeringen. Överhuvudtaget krävs i sådana processer en större öppenhet för kontextuella faktorer som kan komma att vägleda genomförandet mer än lagstiftningen.

Enkätstudien utgår från, liksom delstudie 1, de klassiska grunddimensionerna inom implementeringsforskningen, förstå, vilja och kunna (Van Meter och Van Horn, 1975; Vedung, 2016). Förstå avser att uppmärksamma i vilken utsträckning olika aktörer, medarbetare och chefer, inom region och kommun känner till överenskommelse och rutinen för samverkan vid utskrivning (och inskrivning) från slutna hälso- och sjukvård. Det inbegriper således hur informationen om detta har gått till. Har till exempel ansvariga chefer informerat medarbetarna om dess innehåll och på vilket sätt. Det som avses här är om medarbetare och chefer känner till dess innebörd. Det räcker således inte med en allmän kännedom om den nya lagstiftningen och rutinen för det gemensamma arbetet, utan om berörda förstår innebörden till så måtto att de kan se vilka möjligheter de har att genomföra implementeringen i sitt dagliga arbete. Den ledande frågan i den här dimensionen är: Har chefer och medarbetare till-

räcklig kunskap om och har de förstått innebörden av införandet av rutinen för samverkan vid utskrivning från slutenvården? Den andra delen av de tre dimensionerna, vilja, behandlar frågan vilket stöd det finns för överenskommelser och rutiner när de väl har blivit kända. Finns det helt enkelt en vilja från olika aktörer att implementera rutinen och förverkliga samverkanslagens intentioner. Uppfattar aktörerna att rutinen är relevanta och att de medför en ökad samverkan till gagn för brukarna. Den ledande frågan i den här dimensionen är: Finns viljan hos chefer och medarbetare att arbeta efter den nya rutinen?

Den tredje dimensionen avser om det finns förutsättningar att kunna arbeta enligt rutinen. I sammanhanget berörs frågan om det finns resurser hos de olika aktörerna för att stödja implementeringen. Det innebär om det finns den erforderliga kompetensen hos medarbetare och chefer för att arbeta i enlighet med rutinen. Det inbegriper om det är avsatt tid och finansiering för det merarbete som med stor sannolikhet krävs för att förändra arbetsorganisationen hos de olika aktörerna. Vid sidan om resurser är frågan om kompetens att genomföra väsentlig. Den ledande frågan i den här dimensionen är: Vilka förutsättningar finns för att chefer och medarbetare ska kunna införa och arbeta efter rutinen? Det finns även anledning att uppmärksamma en fjärde aspekt i implementeringsarbetet som berör samverkan mellan de inblandade parterna. Anledning är att såväl implementeringen som genomförandet av arbetsrutinerna ska genomföras i samverkan, vilket ställer andra och kanske större krav på berörda parter att jämka samman olika förutsättningar, viljor och intressen, men även hur samverkan påverkar patienterna i det arbetet. Den frågan som leder denna del av studien är: På vilket sätt medverkar rutinen till att stärka det påtalade behovet av samverkan mellan parterna och på vilket sätt involveras patienterna? Det kan vara viktigt att påpeka att enkätstudien är riktad till medarbetarna och inte till cheferna.

**Tabell 1** Undersökningsmodell

|                | Förstå   | Vilja   | Kunna   | Samverkan   |
|----------------|--|---|---|---|
| Frågeställning | Har chefer och medarbetare tillräcklig kunskap om och har de förstått innebörden av införandet av rutinen för samverkan vid utskrivning från slutenvården? | Finns viljan hos chefer och medarbetare att arbeta efter den nya rutinen? | Vilka förutsättningar finns för att chefer och medarbetare ska kunna införa och arbeta efter rutinen? | På vilket sätt medverkar rutinen till att stärka det påtalade behovet av samverkan mellan parterna och på vilket sätt involveras patienterna? |

## 1.5 Enkätstudiens genomförande

Studien är utformad för att medverka till implementering av lagen om samverkan vid utskrivning. Den metod vi praktiserat benämns följeforskning, vilken syftar till en nära samverkan mellan forskning och praktik i en fortlöpande utvärdering. Följeforskningen har bland annat sitt ursprung i EU kommissionens krav på forskningsbaserade utvärderingar vid regional utveckling. Det medför att följeforskningen behöver innehålla både utvärderande och forskande moment, det vill säga att både bidra till praktisk nytta och samtidigt bidra till teoriutveckling (Brulin, Sjöberg och Svensson, 2009). Metodmässigt utgår studien från vad som brukar benämnas som en induktiv ansats. Det innebär att utgångspunkten är de empiriska mönster som framkommer efterhand i studien vilka begripliggörs med hjälp av relevanta teorier som i sin tur ska befärma lärande och kunskapsutveckling (Bryman och Bell, 2017).

Studien utgår från Västra Götalandsregionen och de 49 kommuner, 15 sjukhus och cirka 200 vårdcentraler, rehabiliteringsenheter och privata vårdgivare som är en del av överenskommelsen. Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) är samverkansorganet som skapar en gemensam stödstruktur för samverkan mellan Västra Götaland och de 49 kommunerna. Samverkan sker inom ramen för sex delregionala områden (Göteborg, Fyrbodal, Skaraborg, Södra Älvsborg, SAMLA och SIMBA). Studien genomförs som tre delstudier. De två första studierna har genomförts som intervjustudier av de sex delregionala områdena och finns redovisade i två delrapporter (Löfström, Nilsson och Jensen, 2019; Jensen, Löfström och Nilsson, 2020).

Enkätstudien är den tredje delstudien. Den har genomförts med ett urval av professionsföreträdare från områden (kommuner) inom regionen som inte tidigare varit en del av urvalet i de två första delstudierna. I samråd med uppdragsgivarna bestämdes urvalet till 15 kommunala områden: Dals-Ed, Grästorp, Herrljunga, Hjo, Lerum, Lidköping, Lysekil, Mölndal, Skövde, Stenungsund, Tjörn, Tranemo, Vårgårda, Vänersborg och Åmål.

Det är en begränsad enkätstudie med ett urval av 300 respondenter, det vill säga 100 respondenter för varje samverkansaktör: kommun, sjukhus och vårdcentral. I den senare gruppen fanns även ett mindre urval från privata aktörer, men företrädesvis är det Närhälsan som representeras. Urvalet av respondenter hämtades från de som är registrerade användare i den gemensamma IT-tjänsten SAMSA som är det verktyg parterna använder sig av för att kommunicera kring de patienter som är aktuella för utskrivning. Från dessa listor valdes de användare ut som var de mest frekventa användarna i SAMSA. För primärvården och kommunerna valdes de mest frekventa användarna ut genom en viktning mot antalet användare inom de

15 kommunala områdena med motivet att det skulle finnas med representerade användare inom alla områdena. För sjukhusen gjordes dock inte den viktningen eftersom sjukhusen har en annan geografisk uppdelning och var ändå representerade i förhållande till varje kommunalt område. Efter genomgång av e-postadresserna föll några respondenter bort för de olika aktörerna bort. Slutresultatet blev att enkäten gick ut till totalt 279 respondenter. När enkäten väl skickades ut visade det sig att tio e-postadresser inte fungerade. Dessa är fördelade på kommun (5), sjukhus (3) och vårdcentral (2). Övergripande finns det även ett antal respondenter som öppnat enkäten, men inte besvarat några frågor, vilket fördelas på sjukhus (12) och vårdcentral (1). Det finns även ett mindre internt bortfall på de olika frågorna. Det redovisas dock inte vid varje fråga då dess omfattning är så låg att det inte påverkar svaren på respektive fråga.

Av de 86 respondenter för vårdcentral finns 12 hos privata vårdgivare. Dessa kommer inte särredovisas i studien på grund av att de är för få till antalet. De ingår i stället i gruppen vårdcentral. Efter det första utskicket av enkäten skickades därefter ut tre påminnelser med cirka en veckas mellanrum. Svarsfrekvensen innan den första påminnelsen var totalt 15 procent. Svarsfrekvensen efter de tre påminnelserna för enkäten är 48 procent. Det får anses vara tillfredställande vad gäller den totala svarsfrekvensen. En nedbrytning av svarsfrekvensen redovisas i tabell 2 som visar att svarsfrekvensen skiljer sig åt mellan de olika aktörerna. Kommunerna har en acceptabel svarsfrekvens med sina 46 procent. Däremot är sjukhusens svarsfrekvens något låg med sina 32 procent och det gäller även vårdcentralerna som har en svarsfrekvens på 20 procent. Det kan finnas anledning att tänka på detta när resultatet från enkäten analyseras. Det är också viktigt att beakta att genomförande av urval gör att resultatet inte går att generalisera till populationen. Detta tillsammans med den låga svarsfrekvensen för flera aktörer innebär att resultatet bör behandlas med försiktighet.

**Tabell 2** Svarsfrekvens fördelad på varje aktör

| Organisation       | Antal urval | Antal respondenter | Svarsfrekvens internt/aktör Procent | Svarsfrekvens andel total Procent |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Kommun             | 97          | 61                 | 63                                  | 46                                |
| Sjukhus            | 96          | 43                 | 45                                  | 32                                |
| Vårdcentral        | 74          | 27                 | 36                                  | 20                                |
| Vårdcentral Privat | 12          | 3                  | 25                                  | 2                                 |
| Totalt             | 279         | 134                | 100                                 | 100                               |

Resultatet redovisas i form av tabeller antingen i procent eller i balansmått. Det senare är en viktning av respondenternas svar för att få fram en tendens. Balansmåttet beräknas genom att andelen som anser ”i mycket stor utsträckning” och ”i ganska stor utsträckning” adderas. Därefter görs motsvarande addering av andelen som anser ”i ganska liten utsträckning” och ”i mycket liten utsträckning”. Slutligen subtraheras andelen med de som anser i ”låg utsträckning” med de som anser ” hög utsträckning”. De respondenter som svarar ”varken eller” ingår i procentbasen men utesluts vid själva beräkningen av balansmåttet. Balansmåttet kan variera från -100 till +100.



## 2. Resultat från enkätstudien

I det här kapitlet redovisas enkätstudiens resultat. Redovisningen följer i huvudsak den analysmodell som beskrivits ovan, vilket innebär att redovisningen delvis avviker något från enkätens struktur. I det första avsnittet redovisas i vilket avseende respondenterna är införstådda med den rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som tagits fram. I det andra avsnittet klargörs om rutinen uppfattas vara relevant och ändamålsenlig och i det tredje avsnittet redogörs för hur förutsättningar har varit för att implementera rutinen. I fjärde och femte avsnitten behandlas hur förändringar som följd av rutinen har påverkat aktörernas möjligheter att samverka och med ett särskilt fokus på det arbetet som görs i samband med den samordnade individuella planeringen (SIP). Slutligen diskuteras hur samverkan och rutinen påverkar den enskilde.

### 2.1 Kännedom om och förståelse för rutinen bland personalen?

I den här delen redovisas i vilken grad som den regionala rutinen för samverkan är känd för medarbetarna och på deras arbetsplatser. Det inbegriper även hur de har fått informationen och hur de uppfattar rutinen. Som framgår av tabell 3 har flertalet av de tillfrågade en god kännedom om rutinen. Det är 98 procent som anger att de känner till rutinen delvis, ganska väl eller mycket väl. Tittar vi på de olika parterna så skiljer det sig åt något. Inom kommunerna finns det inga tveksamheter, medan det däremot inom sjukhusen (13 procent) och vårdcentralerna (14 procent) finns de som endast delvis känner till rutinen. Det är även så att inom sjukhusen (7 procent) finns de som inte alls känner till rutinen.

**Tabell 3** Är rutinen känd av dig respektive din arbetsplats? (procent)

|            | Av dig själv | På arbetsplatsen |
|------------|--------------|------------------|
| Mycket väl | 52           | 30               |
| Ganska väl | 40           | 39               |
| Delvis     | 7            | 28               |
| Inte alls  | 2            | 3                |

Av de respondenter som svarar att de delvis känner till rutinen eller inte alls är det framför allt från gruppen arbetsterapeuter (41 procent). Dessa respondenter finns framför allt på rehabiliteringen i sjukvården och på vårdcentralerna. Samtidigt har en andel av de arbetsterapeuter som finns på vårdcentralerna svarat att de har en god kännedom om rutinen (41 procent), vilket även gäller för arbetsterapeuter som finns i kommunerna (100 procent).

Tittar vi istället på hur respondenterna anser att kännedomen om rutinen är på sina arbetsplatser är bedömningen något annorlunda. Här är andelen något lägre som anser att rutinen är känd. Det är fortfarande en stor andel (97 procent) som anger att rutinen är delvis, ganska väl eller mycket väl känd på deras arbetsplats. Däremot är andelen som är mer tveksamma och som anger att kännedomen om rutinen endast delvis är känd på arbetsplatsen större, 28 procent mot 7 procent när det gällde den egna kunskapen. Tittar vi på respektive samverkanspart så visar det sig att här är det en ökad tveksamhet för kommunerna (24 procent), sjukhusen (14 procent) och vårdcentralerna (50 procent). Till detta kommer att det inom sjukhusen och vårdcentralerna finns en mindre andel (7 procent för båda) som anser att rutinen inte alls är känd på arbetsplatsen.

Det är således ingen större skillnad när det kommer till sjukhusen i jämförelse när respondenterna bedömer sin egen kännedom om rutinen i förhållande till arbetsplatsen i stort, men en påtaglig skillnad, främst för, kommunerna, men även för vårdcentralerna. Vad den beror på kan vara svårt att svara på, men det är samtidigt inte helt ovanligt att medarbetare i denna typ av enkät värderar sin kunskap högre än kollegornas. Tittar vi på om det skiljer sig påtagligt mellan olika yrkesgrupper är det samma mönster som tidigare att det är gruppen arbetsterapeuter (59 procent) på sjukhusen och vårdcentralerna som är mest osäkra på hur väl känd rutinen är på deras arbetsplatser.

Fråga om hur de har blivit informerade om rutinen svarar 42 procent att de genomgått utbildningstillfällen och 24 procent har blivit informerade av sina kollegor samt 18 procent av sina chefer (tabell 4). En jämförelse mellan de olika samverkansparterna eller mellan olika yrkesgrupper visar inte på några påtagliga skillnader. Av de 15 procent som anger alternativa källor till information om rutinen tar de framför allt upp att de själva har läst in sig på rutinen och att de till viss del håller sig informerade via de så kallade superkontaktombuden för SAMSA. Det går således att konstatera att även om

utbildningstillfällena har betydelse för informationen kring rutinen är det i huvudsak andra källor till information som är något mer framträdande.

**Tabell 4** Hur har du i huvudsak blivit informerad om rutinen? (procent)

|                        | Totalt |
|------------------------|--------|
| Genom kollegor         | 25     |
| Närmaste chef          | 18     |
| Utbildningstillfällena | 42     |
| Annat:                 | 15     |

Det finns således överlag en relativt god kännedom om rutinen som medarbetarna har erhållit via utbildningstillfällena eller via kollegor/chefer. På frågan om de anser att rutinen är ändamålsenliga och relevanta för att utskrivning ska fungera anser flertalet (+88) att de förhåller sig på det viset. Här redovisas resultatet i form av balansmått (se förklaring vid tabell 5) som visar att vårdcentralerna (+75) inte är lika övertygade som kommunerna (+93) och sjukhusen (+92). Vårdcentralerna utmärker sig med att ha en något större andel som är osäkra (varken eller) eller anser att rutinen är relevant och ändamålsenlig i ganska låg grad (27 procent), varav det är huvudsakligen arbetsterapeuter som tillhör denna grupp.

**Tabell 5** Är rutinen ändamålsenliga? (balansmått)

|            | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|------------|--------|---------|-------------|--------|
| Balansmått | +93    | +92     | +75         | +88    |

För uträkning av balansmått se metodavsnittet.

Utifrån kännedomen om rutinen för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är frågan hur den regionala rutinen hanteras i det lokala arbetet. En central fråga är i vilken grad som de får en lokal anpassning för att underlätta genomförandet. Tabell 6 visar att den större andelen (56 procent) är av den uppfattningen att det utvecklats delregionala rutiner. Däremot är det en större grupp som inte vet det om det förhåller sig på det viset (31 procent), det vill säga de har en relativt god kännedom om rutinen, men verkar samtidigt vara osäkra på om den rutinen de arbetar efter är en delregional anpassning. Tittar vi närmare på varje aktör är skillnaderna inte så stora annat än att vårdcentralerna är betydligt mer övertygade om att så inte är fallet.

**Tabell 6** Utveckling av delregionala rutiner. (procent)

|        | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|--------|--------|---------|-------------|--------|
| Ja     | 58     | 60      | 46          | 56     |
| Nej    | 10     | 10      | 25          | 14     |
| Vet ej | 32     | 30      | 29          | 31     |

Utgår analysen från respektive kommun kan vi se att det i alla femton kommunerna (med undantag från en kommun) finns respondenter som anser att de har utvecklat en delregional rutin. Antalet respondenter för respektive kommun är lågt och inte heller helt entydigt för att de ska anses vara obestridligt. Om de svaren ställs i relationen till hur aktörerna från sjukhusen och vårdcentralerna svarar så är det endast fyra kommuner där alla tre aktörerna är överens om att det har utvecklats delregionala rutiner. Även här är det viktigt att påpeka att underlaget är alldeles för svagt för att det ska gå att dra några säkra slutsatser. Det verkar ändå uppenbart att det bland respondenterna inte verkar finnas en gemensam syn på att det utvecklats en delregional rutin.

Sammanfattningsvis pekar resultatet på att det finns en relativt god kännedom om rutinen bland medarbetarna och att de fått information via utbildning eller via kollegor/chefer i lika stor utsträckning. Däremot är tilltron till att kollegorna på arbetsplatsen har lika stor kännedom om rutinen något lägre. Även om det genomgående finns en hög samstämmighet kring kännedomen om rutinen är det några aspekter som det finns anledning att lyfta fram. Det ena är att vårdcentralerna som har en central roll i denna reform genom att de har som uppdrag att samordna processen verkar ha lägst kunskap om rutinen och samtidigt vara mest tveksamma till rutinen relevans. Det är framför allt en yrkesgrupp som utmärker sig här och det är arbetsterapeuterna. Det är viktigt att påpeka att det inte är några stora skillnader, men dock en viss skillnad i uppfattning.

Det andra är att när det kommer till vilka rutinen som de arbetar utifrån så finns även här en viss skillnad mellan aktörerna där vårdcentralerna som är mer övertygade om att det inte finns några delregionala rutiner som de arbetar utifrån. Mer intressant är kanske att de tre aktörerna är endast överens om i några kommuner om att de arbetar utifrån delregionala rutiner. Att det föreligger en oklarhet om vilka rutinen de arbetar utifrån kan möjligtvis vara av mindre betydelse, men lite anmärkningsvärt är det trots allt. Detta kan bero på att det inte spelar så stor roll för dem vilken rutinen de arbetar efter eller om rutinen är anpassade efter mer lokala förhållanden. När de olika parterna inom ett område

inte är överens om vilka rutinen de arbetar efter kan detta möjligtvis vara mer allvarligt då det kan vara ett uttryck för att de inte har någon större kontakt eller samverkan i frågor om hur de ska arbeta tillsammans. Det kan också innebära att de har utvecklat en praxis i arbetet som fungerar tillräckligt bra och därför har rutinen blivit lagda åt sidan. Det behöver dock inte innebära att de inte arbetar efter rutinen.

## 2.2 Uppfattas rutinen relevant och ändamålsenlig

I den här andra delen som resultatet redovisas är den bärande analysen och resonemanget i vilken grad som det finns en vilja att implementera rutinen. Med vilja kan avses om man eftersträvar att arbeta efter rutinen och i vilken mån respondenterna upplever att implementeringen av rutinen prioriteras. I svaren på om respondenterna har uppfattningen att kollegorna på arbetsplatsen är motiverade att arbeta med den nya rutinen visar det sig att de i stor utsträckning är motiverade att arbeta enligt den regionala rutinen. Balansmålet visar att framför allt kommunerna (+89) är starkt motiverade tätt följda av sjukhusen (+70). Även om vårdcentralerna (+60) också är motiverade är det framför allt där som motivationen är något lägre.

**Tabell 7** Motiverade att arbeta enligt den regionala rutinen (balansmätt)

|                   | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|-------------------|--------|---------|-------------|--------|
| <b>Balansmätt</b> | +89    | +71     | +60         | +80    |

*För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.*

Titta vi närmare på olika yrkesgrupper eller arbetsplatserna skiljer det sig inte nämnvärt åt, däremot visar det sig att alla från yrkesgruppen undersköterskor som har besvarat frågan är genomgående tveksamma till att arbeta enligt den regionala rutinen. De har tidigare angivit att de har god kännedom om rutinen och att de anser att rutinen är ändamålsenliga. De är trots allt en till numerären liten grupp som har besvarat frågeställningen, men på grund av sin samstämmighet kan det ändå vara värt ett påpekande.

En orsak till att motivationen att arbeta enligt den regionala rutinen brister något kan vara att de inte uppfattas vara en fråga som är prioriterad av ledningen för respektive verksamhet. Här är det framför allt respondenterna från sjukvården som anser att det i viss utsträckning saknas en prioritering (tabell 8).

**Tabell 8** Uppfattas ledningen prioritera implementeringen av rutinen (balansmått)

|                   | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|-------------------|--------|---------|-------------|--------|
| <b>Balansmått</b> | +74    | +55     | +65         | +67    |

För uträkning av balansmått se metodavsnittet.

På frågan om det går att identifiera någon särskild aktör som är drivande i frågan om att implementera rutinen visar det sig att svaren på denna fråga bekräftar att cheferna inte har en tydligt drivande roll i implementeringsarbetet. I de samlade svaren anser 27 procent att cheferna varit drivande. Det är inte en så hög andel, men det är å andra sidan den grupp som varit mest pådrivande. En redogörelse för de olika aktörerna visar dock att cheferna är mer drivande hos kommunerna (34 procent) medan cheferna är anmärkningsvärt frånvarande när det kommer till vårdcentralerna (14 procent). En grupp som genomgående som anses vara pådrivande för implementeringen av rutinen är samordnarna. Det gäller framför allt på sjukhusen (35 procent) och på vårdcentralerna (26 procent). Det verkar också vara den enskilt mest betydelsefulla gruppen för att driva på implementeringsarbetet hos dessa två aktörer. För kommunerna är det framför allt cheferna (34 procent) och kollegorna (23 procent) som har en framskjutande position.

**Tabell 9** Vem uppfattas vara drivande i att implementera rutinen (procent)

|                       | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|-----------------------|--------|---------|-------------|--------|
| <b>Ja, chefer</b>     | 34     | 24      | 14          | 27     |
| <b>Ja, kollegor</b>   | 23     | 11      | 14          | 18     |
| <b>Ja, samordnare</b> | 14     | 35      | 26          | 22     |
| <b>Ja, politiker</b>  | 0      | 0       | 0           | 0      |
| <b>ja, andra:</b>     | 12     | 14      | 6           | 11     |
| <b>Nej</b>            | 18     | 16      | 40          | 23     |

Det är också en relativt stor andel som har valt att svara att det är andra aktörerna och där är det framför allt kollegor med särskilda uppdrag som nämns. För kommunerna är det till exempel superkontaktombuden för SAMSA och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som nämns och för sjukhusen är det vårdplaneringsteamerna som nämns. Det finns också anledning att påpeka att en relativt stor grupp anser att det inte finns någon som varit extra drivande, vilket framför allt är tydligt på vårdcentralerna (40 procent).

Sammanfattningsvis kan säga att rutinen uppfattas vara relevanta och det finns en vilja bland flertalet av respondenterna att arbeta efter rutinen. Däremot

kan det finnas anledning att lyfta fram två aspekter som framkommer här. Det ena är att ledningen verkar vara relativt frånvarande när det gäller implementeringen av rutinen. Det kan vara så att detta har delegerats från cheferna till samordnare och andra specifika funktioner i verksamheterna. Det andra som behöver påpekas är att vårdcentralerna ger uttryck för att vara minst motiverade och där är det chefer som verkar vara frånvarande i hög grad i implementering. Framför allt är det en stor andel på vårdcentralerna som anser att ingen driver frågan om implementering av rutinen.

### 2.3 Förutsättningar för att implementera rutinen

I den här tredje delen av resultatredovisningen är det framför allt personalens förutsättningar för att implementera rutinen som är i fokus. Det som framför allt lyfts fram är om personalen fått utbildning och får utbildning som stöder implementeringsarbetet. Det andra är om det tillkommit någon form av resurser och om det skett några strukturella skillnader som underlättat införandet av rutinen.

Utbildning har varit en central del av planeringen för att implementera rutinen. Fråga är i vilken omfattning som utbildningen har genomförts hos de olika aktörerna (se tabell 10). Det är 45 procent som svarar att samtliga berörda har gått utbildningen och frågan är om det är en omfattning som ansvariga för implementeringen ska vara nöjda med. De olika aktörerna redovisa i sin tur olika uppgifter. Motsvarande siffror för kommunerna är 54 procent och för sjukhusen är de 67 procent medan det för vårdcentralerna är det endast 4 procent som anser att samtliga berörda har genomgått utbildningen.

**Tabell 10.** I omfattning utbildning har genomförts (procent)

|                          | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|--------------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Ja till samtliga berörda | 54     | 67      | 4           | 45     |
| Ja till några berörda    | 30     | 15      | 70          | 38     |
| Nej, inte ännu           | 16     | 19      | 15          | 17     |

En kanske minst lika central fråga är om de anser att utbildningen har inneburit en ökad förståelse för rutinen (se tabell 11). Det visar sig att sammantaget är det 76 procent som anser att utbildningen i stor sett eller delvis leder till en ökad förståelse av rutinen. Det är dock 23 procent av dem som svarat som ännu inte gått någon utbildning. Även i det här fallet utmärker sig vårdcentralerna (30 procent) något då de har flest respondenter som anger att de inte gått utbildningen.

**Tabell 11** Utbildningens betydelse för att förstå rutinen (procent)

|                            | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|----------------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Ja i stort sett            | 47     | 48      | 41          | 46     |
| Ja delvis                  | 33     | 26      | 26          | 30     |
| Nej inte alls              | 2      | 0       | 4           | 2      |
| Har inte gått utbildningen | 18     | 26      | 30          | 23     |

Jämförs det resultatet med i vilken omfattning som det återkommande genomförs utbildning visar det sig att det inte sker. Det skiljer sig också åt mellan aktörerna (se tabell 12). Det är framför allt sjukhusen (+45) som har mer återkommande utbildningstillfällen. Vilket verkar ske i en mer begränsad utsträckning på vårdcentralerna (-68) och kommunerna (-30).

En avslutande kommentar kring erfarenheten av utbildning hos aktörerna i studien är att utbildning är betydelsefull för att förstå rutinen och hur den ska användas. Däremot verkar det varit en begränsad andel som haft möjlighet att gå utbildningen och intrycket är att det efter de inledande utbildningstillfällena inte ges så många nya utbildningsmöjligheter. I det här hänseendet är vårdcentralerna mer framträdande än kommunerna och sjukhusen. Det är i sig lite uppseendeväckande då det är vårdcentralerna som har fått en ny central roll genom att de ska koordinera arbetet mellan aktörerna vid utskrivning av patienter från slutenvården, enligt lagstiftningen.

**Tabell 12** Genomförs det återkommande utbildningar (balansmått)

|            | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|------------|--------|---------|-------------|--------|
| Balansmått | -30    | +45     | -68         | -20    |

För uträkning av balansmått se metodavsnittet.

Om utbildning kan vara en central förutsättning för att ge kännedom om rutinen som ska implementeras kan en annan premis vara att avsätta resurser för att kunna göra nödvändiga omställningar för att kunna arbeta enligt rutinen. Respondenternas svar visar dock att det i liten utsträckning tillkommit ökade resurser för de nya eller förändrade arbetsuppgifterna i linje med rutinen. Det är mest tydligt för kommunerna (-47), men gäller även övriga aktörer. Tittar vi närmare på hur många respondenter som valt olika svarsalternativ är det en något större andel inom främst vårdcentralerna (37 procent), men även sjukhusen (32 procent), som anger att det tillskjutits resurser i ganska stor eller mycket stor utsträckning.



**Tabell 13** Resurser för att ställa om efter rutinen (balansmätt)

|                     | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|---------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Tilldelats resurser | -47    | -11     | -9          | -27    |
| Avsatt resurser     | +15    | +39     | +25         | +24    |

För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.

Överlag verkar det skett en viss omprioritering av befintliga resurser hos de olika aktörerna (+24). Det skiljer sig emellertid mellan aktörerna, kommunerna (+15), sjukhusen (+39) och vårdcentralerna (+25). Tittar vi dock närmare på hur respondenterna har valt olika svarsalternativ kan vi se att sjukhusen (61 procent) anger att de i ganska eller mycket stor utsträckning har avsatt särskilda resurser. Även vårdcentralerna (26 procent) har i mycket stor utsträckning avsatt särskilda resurser för att kunna arbeta efter rutinen. Här verkar det som att det skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler. Det är några enstaka vårdcentraler som har gjort större resursförstärkningar.

Ett tredje område, utöver utbildning och resurser, är om det har skett några strukturella förändringar för att underlätta arbetet med den nya rutinen (se tabell 14). Det är respondenternas uppfattning att det skett i stor utsträckning. Framst har det skett inom kommunerna (+91) där det skett en förändring av strukturer och verksamhetsrutiner, men de har även i stor utsträckning upprättat nya strukturer för att kunna följa rutinen. En något lägre förändringsgrad finns hos sjukhusen (+76) och vårdcentralerna (+67), men även där har det skett förändringar i strukturer för att kunna arbeta efter den nya rutinen. Det är få respondenter hos alla tre aktörerna överlag som anger att det skett i liten utsträckning. Det får därmed uppfattas som en samstämmig beskrivning att alla aktörer har genomfört förändringar för att underlätta arbetet med rutinen.

**Tabell 14** Strukturer för att ställa om efter rutinen (balansmätt)

|                               | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|-------------------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Förändrade strukturer/rutinen | +91    | +76     | +67         | +82    |
| Etablerats strukturer         | +81    | +56     | +80         | +75    |

För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.

Sammanfattas intrycket kring vilka förutsättningar som finns för att implementera rutinen är respondenternas uppfattning att utbildning är en central del för att förstå rutinen. Inledningsvis gick en större grupp utbildningen, men det är också tydligt att det finns många medarbetare som inte har gått utbildningen

och att det inte finns någon återkommande utbildning för att underlätta förståelsen av den nya rutinen. Här framträder behovet störst för vårdcentralerna. Resursförstärkning i någon större omfattning verkar inte ha skett. Däremot har aktörerna till viss utsträckning omfördelat sina resurser för att underlätta införandet av rutinen. Tillsammans med att det skett förändring och upprättande av strukturer för att underlätta arbetet med den nya rutinen verkar det ha skapats förutsättningar för att aktörerna ska kunna arbeta enligt rutinen.

## 2.4 Förutsättningar att samverka kring rutinen

En viktig del av den nya lagstiftningen och den utarbetade rutinen för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är att såväl implementeringen som de nya arbetsformerna kräver att det sker en samverkan mellan de olika parterna. Det finns därför anledning att titta på hur de olika aktörerna anser att det är att samverka med varandra. Frågan är hur det är att samverka med övriga aktörer utifrån rutinen och de bedömer det på en skala mellan ett till fem (bilaga 1). Ett står för besvärligt och problematiskt och fem står för smidigt och oproblemiskt (tabell 15). Här särredovisas inte heller de privata vårdcentralernas uppfattning, men däremot uppfattningar om hur det är att samverka med de privata vårdcentralerna. I den vänstra kolumnen är det den aktörer som bedömer, det vill säga responderat på frågeställningen.

**Tabell 15** Samverkan med andra verksamheter (balansmätt)

|               | Kommunerna | Sjukhusen | Närhälsan | Vårdcentraler<br>Privat |
|---------------|------------|-----------|-----------|-------------------------|
| Kommunerna    | +96        | +40       | +8        | -30                     |
| Sjukhusen     | +73        | +89       | +50       | +25                     |
| Vårdcentraler | +67        | +20       | +100      | +27                     |
| Totalt        | +85        | +37       | +57       | -6                      |

Tabellen beskriver balansmättet, vilket beräknas genom att andelen som svaret 4 och 5, det vill säga "smidigt/oproblematiskt" adderas. Därefter görs motsvarande addering av andelen som svarat 1 och 2, det vill säga "besvärligt/problematiskt". Slutligen subtraheras andelen som svarat 1 och 2 med dem som svarat 4 och 5. De respondenter som svarar 3 ingår i procentbasen men utesluts vid själva beräkningen av balansmättet. Balansmättet kan variera från -100 till +100.

Det går att konstatera att självskattningen är genomgående betydligt högre än när andra aktörer bedömer hur det är att samverka med respektive aktör. Kommunerna har ett balansmått på +96, sjukhusen +89 och Närhälsan +100

när de skattar sig själva, vilket innebär att de anser det oproblematiskt att samverka med dem. Det som är uppenbart i redovisningen (tabell 15) ovan är att de privata vårdcentralerna anses mest problematiska att samverka med (-6) och att det i hög grad är kommunerna (-30) som anser det. Kommuner-  
na anser dock att det inte är helt lätt att samverka med Närhälsan (+8) heller. Överlag anser kommunerna att det är mer problematiskt att samverka med de andra aktörerna än vad sjukhusen (+73) eller vårdcentralerna (+67) anser att det är att samverka med kommunerna. Det är även så att sjukhusen anser att det är mer oproblematiskt att samverka med Närhälsan (+50) än vad Närhälsan anser att det är att samverka med sjukhusen (+20).

Det finns olika anledningar till att det kan vara svårt att samverka mellan de olika aktörerna (Tabell 16). Balansmåttan visar att det som i mycket liten utsträckning påverkar möjligheterna att samverka är det geografiska avståndet (+75) mellan aktörerna. I det avseendet är de överens. Det är några faktorer som påverkar möjligheterna att samverka i mindre utsträckning och det är psykosociala faktorer (+38), statuskillnader mellan professionerna (+25) och att verksamheterna har olika upptagningsområden (+21). Här aktörerna i huvudsak överens.

**Tabell 16** Vad försvårar samverkan? (balansmått)

|   | Balansmått |
|---|------------|
| A. Bristande kunskap om samverkanspartnernas verksamhet   | -36        |
| B. Bristande erfarenhet av samverkan                      | +19        |
| C Olika professioner (kunskapstradition och etik)         | -28        |
| D. Olika lagstiftning och regelverk                       | -31        |
| E. Makt- och statuskillnader mellan organisationer        | -          |
| F. Makt- och statuskillnader mellan professioner          | +25        |
| G. Psykosociala faktorer (samarbetsklimat och personkemi) | +38        |
| H. Verksamhetens olika upptagningsområde                  | +21        |
| I. Geografiska avstånd mellan lokaler                     | +75        |
| J. Bristande resurser (pengar, tid)                       | -10        |

*För uträkning av balansmått se metodavsnittet.*

Det kan finnas ett problem med att det är olika professioner med olika kunskapstraditioner som ska samverka (-28). Sjukhusen (-40) och kommunerna (-38) ser detta som ett påtagligt problem medan vårdcentralerna (+9) inte ser det som en lika allvarlig faktor även om den i viss utsträckning påverkar möjligheterna att samverka. När det gäller bristande erfarenhet av samverkan

(+19) som en försvårande faktor för att kunna samverka är aktörerna inte överens. Kommunerna (+10) och vårdcentralerna (+8) anser att det kan finnas risk för att det kan skapa problem medan sjukhusen (+75) inte alls ser det som ett potentiellt problem.

Statusskillnader mellan professionernas anses inte vara något större problem medan statusskillnader mellan organisationer (+0) skulle kunna vara ett problem för samverkan. Det är framför allt sjukhusen (-33) och kommunerna (-3) som ser det som ett problem medan vårdcentralerna (+38) inte uppfattar att det inverkar negativt på samverkan i någon större utsträckning. Det finns några faktorer däremot som i högre utsträckning verkar påverka möjligheterna att samverka, men här finns samtidigt en viss skillnad i uppfattningar mellan de tre aktörerna. Det är till exempel bristande resurser (-10), vilket framför allt kommunerna (-22) anser påverkar i ganska stor utsträckning medan vårdcentralerna (+8) och sjukhusen (+7) inte ser att det har lika stor betydelse. Däremot är de överens att det finns en problematik i att de har olika lagstiftning och regelverk (-31), vilket påverkar deras möjligheter att samverka. Något som framför allt sjukhusen (-50) lyfter fram. Den faktor som anses ha störst påverkan på möjligheterna att samverka totalt bland aktörerna är den bristande kunskapen om varandras verksamhet (-36). De är dock inte överens om i vilken utsträckning den påverkar. För kommunerna (-64) har den bristande kunskapen en stor inverkan på möjligheterna att samverka medan vårdcentralerna (+7) ser att det har en viss inverkan och sjukhusen (-25) i något större utsträckning.

Sammanfattningsvis kan sägas att aktörerna har olika erfarenheter från att samverka kring rutinen för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Kommunerna anses vara lättast att samverka med medan vårdcentralerna anses vara svårast att samverka med och då framför allt de privata vårdcentralerna. Till det kommer att det finns flera faktorer som påverkar aktörernas möjligheter att samverka och det är den bristande kunskapen om varandra. Detta tillsammans med att det är olika professioner som ska samverka och olika regelverk som ska samsas i samverkan gör att det finns några påtagliga faktorer som skapar svårigheter med att få till en fungerande samverkan.

## 2.5 Det professionella samarbetet i den samordnade individuella planeringen

En mer specifik form av samverkan är den som sker mellan professionerna i den samordnade individuella planeringen (SIP). Denna form av samarbete

blir central inte minst efter att individen blivit utskrivna från slutenvården och det finns anledning till fortsatt planering kring olika insatser. Frågorna i detta avsnitt belyser å ena sidan hur förutsättningarna är för att medverka i denna typ av möten, å andra sidan hur möten mellan professionernas uppfattas.

Genomgående visar det sig att de tre aktörerna i stora drag har en gemensam syn på förutsättningarna för att samarbeta. På frågan om de har tillräckligt med kunskap för att medverka på SIP-mötena har de en likartad uppfattning (+64) om att de har tillräcklig kunskap för att delta, men det visar också att det finns en mindre grupp som inte har det. Det är dock inte någon yrkesgrupp som utmärker sig här. Det samma gäller frågan om det som framkommer vid dessa möten är centralt för det fortsatta arbetet. Även här är aktörerna i stora drag överens även om sjukhusen (+33) inte verkar vara helt beroende av resultatet från dessa möten, vilket förmodligen beror på att de inte alltid har en roll i det fortsatta arbetet.

**Tabell 17** Förutsättning för samordnad individuell planering (SIP) (balansmätt)

|   | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|---|--------|---------|-------------|--------|
| Tillräcklig information/kunskap för att delta | +61    | +70     | +63         | +64    |
| Viktig information/kunskap för arbetet        | +74    | +33     | +76         | +66    |
| Tid för SIP-möte                              | +8     | -6      | -33         | -7     |

*För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.*

Den tredje frågan om det finns tillräckligt med tid för dessa möten så menar aktörerna att det framför allt är det som är problemet, det vill säga att det är svårt att få till tid för dessa möten. Här utmärker sig vårdcentralerna något mer (-33) och det är framför allt gruppen arbetsterapeuter (88 procent) på vårdcentralerna som anger att det är ont om tid för dessa möten.

När det kommer till SIP-mötenas genomförande är frågan om deras fokus att ta tillvara den samlade kunskapen och de resurser som står tillbuds för individen genom att de som deltar har möjlighet att bidra med sin kunskap och sina erfarenheter. Även här finns det en hög grad av samstämmighet i det att yrkeskunskapen blir respekterad (+89) och att var en och blir respektfullt bemött (+92). Det innebär att det som ovan beskrivs som ett problem med att samverka sker mellan olika professioner med olika kunskapstraditioner inte synliggörs vid dessa möten.

**Tabell 18** Det professionella mötet vid samordnad individuell planering (SIP) (balansmätt)

|                                   | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|-----------------------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Din yrkeskunskap blir respekterad | +90    | +87     | +89         | +89    |
| Respektfullt bemött               | +90    | +85     | +100        | +92    |
| Möjlighet att påverka diskussion  | +64    | +54     | +71         | +64    |
| Möjlighet att påverka beslut      | +73    | +8      | +56         | +54    |

För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.

I något mindre utsträckning anser aktörerna sig vara så begränsade att de inte har möjlighet att påverka diskussionen (+64) och framför allt beslutsfattandet (+54). I det senare fallet är det framför allt sjukvården (+8) som påtalar att det finns en begränsning här. Det är dock ingen särskild yrkesgrupp som utmärker sig i svaren. Även om det inte är respondenterna från sjukvården som fattar beslut i samband med SIP-möten kan det finnas ett utrymme att bidra med sin kunskap. Svaren tyder emellertid på det är framför allt kommunerna och vårdcentralerna som har ett huvudansvar för insatser vid dessa möten.

Den samlade bedömningen av möjligheterna att samarbeta kring SIP-mötena är att det i huvudsak finns förutsättningar för att dessa möten ska präglas av att det sker ett kunskapsutbyte där alla har möjlighet att bidra. De faktorer som framför allt identifieras som problematiska för dessa möten är att tiden inte alltid räcker till, vilket gäller för alla aktörer.

## 2.6 Samverkan kring den enskilde

Riktlinjer och rutinen utgår från samverkanslagen och syftar till att den enskilde ska få en trygg och säker utskrivning och om det finns ett fortsatt behov av vård eller socialtjänst ska få insatser av god kvalitet. Det finns därför anledning att särskilt uppmärksamma hur respondenterna uppfattar att rutinen fungerar för den enskilde. I huvudsak anser alla aktörer (+83) att rutinen innebär en trygg och säker in- och utskrivning för den enskilde (tabell 19). Det finns här inga större skillnader mellan aktörerna däremot finns det en mindre grupp hos kommunerna och sjukhusen som inte är helt övertygade om detta.

Ett sätt att säkerställa kvalitet i processen är att tillse att den enskilde har en fast vårdkontakt, vilket också uttrycks i rutinen. Det är vårdcentralerna som har huvudansvaret för att den enskilde tilldelas en fast vårdkontakt. Har det inneburit att de enskilda som är aktuella i denna process har en fast vårdkontakt? Här finns i huvudsak en klar övertygelse om att så är fallet (+98). Det är endast någon enstaka respondent från kommunerna (+96) som inte är övertygad om

det. Om det nu förhåller sig på det viset att de enskilda har en fast vårdkontakt är det i så fall centralt för att genomföra rutinen? I det fallet är aktörerna inte lika övertygade (+53). Det är framför allt kommunerna (+38) som tvekar och här är det framför allt arbetsterapeuterna som inte är helt övertygade. Då det finns en relativt stark övertygelse att rutinen är bra för den enskilde samtidigt som uppfattningen är att alla har fast vårdkontakt så kan möjligtvis resultatet tolkas som att uppfattningen är att fast vårdkontakt inte är en självklar lösning inom ramen för rutinen för att kunna ha god kvalitet i in- och utskrivningsprocessen.

**Tabell 19** Rutinen för individen (balansmätt)

|                              | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|------------------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Trygg och säker              | +81    | +80     | +88         | +83    |
| Har fast vårdkontakt         | +96    | +100    | +100        | +98    |
| Viktigt med fast vårdkontakt | +38    | +78     | +62         | +53    |

För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.

Titta vi närmare på hur den enskilde är delaktig i den samordnade individuella planen (SIP) är de olika aktörerna inte helt övertygade om det (+28). Det är framför allt kommunerna (-3) som anser att så inte är fallet medan sjukhusen (+83) anser att den enskilde i huvudsak är det. Det är endast några få respondenter från varje aktörer som anser att den enskilde är delaktig i mycket stor utsträckning (tabell 20).

**Tabell 20** Den enskildes delaktighet i SIP (balansmätt)

|                   | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|-------------------|--------|---------|-------------|--------|
| Enskilde delaktig | -3     | +83     | +45         | +28    |
| Enskildes behov   | -35    | +33     | +60         | +5     |

För uträkning av balansmätt se metodavsnittet.

Frågan om SIP utförs utifrån den enskildes behov är den samfälliga uppfattningen (+5) att det är tveksamt. Här är dock aktörerna ännu mer oense i sin uppfattning. Det är framför allt kommunerna (-35) som anser att den enskildes behov inte kommer fram i tillräcklig stor utsträckning medan vårdcentralerna (+46) är mer övertygade om att den enskildes behov är i centrum vid SIP-möten.

Möten av olika slag har kommit att genomföras med hjälp av digital kommunikation. Den gemensamma uppfattningen är att avstämningsmötena i samband med utskrivning från slutenvården har blivit vanliga att genomföra digitalt (+88). Erfarenheten skiljer sig åt något. Vårdcentralerna (+65) verka inte använda digital kommunikation som övriga medan sjukhusen verkar använda det helt och hållet (+100). Om dessa möten fungerar väl för den enskilde är aktörerna inte lika övertygade om (+73) och det är framför allt kommunerna (+63) som är något tveksamma till det.

**Tabell 21** Digitala möten (balansmått)

|   | Kommun | Sjukhus | Vårdcentral | Totalt |
|---|--------|---------|-------------|--------|
| Vanligt med digitala möten              | +92    | +100    | +65         | +88    |
| Digitala möten fungerar för de enskilda | +63    | +90     | +80         | +73    |

*För uträkning av balansmått se metodavsnittet.*

Det sammanfattade intrycket är att aktörerna i huvudsak uppfattar att rutinen involverar de enskilda i in- och utskrivningsprocessen. De gäller såväl övergripande som i samband med SIP som i samband med avstämningsmötena. Även om dessa möten har utvecklats mot att ske i mer digital form är uppfattningen att det är i liten utsträckning som denna förändring har inneburit en negativ förändring för den enskilde. Det som däremot finns anledning att titta närmare på är framför allt att kommunerna anser att den enskilde inte är delaktig utifrån sina behov vid SIP-mötena.



## 3. Slutsatser och reflektion

Resultatet från enkätstudien reser egentligen lika många frågor som svar. Det finns dock några förhållanden kring implementeringen av de gemensamma riktlinjerna och den överenskomna rutinen som det finns anledning att lyfta fram. Det ena är implementeringen av samverkanslagen som sker genom framtagande och införandet av rutinen hos de tre aktörerna. Det andra är ledningen och styrningen av implementeringsarbetet och de tredje är vilket behov det finns av samverkan för att implementera samverkanslagen.

### 3.1 På vilket sätt går det att styra med rutiner?

Från det regionala perspektivet verkar den förberedande utbildningen för att ge kunskap om rutinen ha givit resultat så till vida att rutinen i huvudsak är känd och accepterad i stor utsträckning bland medarbetarna hos de tre aktörerna. Det leder till slutsatsen att den inledande utbildningsinsatsen som planerades att stödja implementeringen av rutinen har fungerat. Frågan är om det behövs återkommande utbildningsinsatser för att nå en förståelse för rutinen och förankra den i verksamheterna. Det kan vara så, men samtidigt finns det andra källor till kunskap om rutinen, vilket bland annat sker genom ett kollegialt utbyte av information och kunskap.

Det går även att dra slutsatsen att rutinen i sig i stort har en tydlig förankring i hur medarbetarna uppfattar sin verksamhet genom att de anser den vara ändamålsenlig och att de är motiverade att arbeta efter den regionala rutinen. Däremot är det inte lika tydligt i vilken omfattning de följer den regionala rutinen eller om det utvecklas en lokal rutin. Överhuvudtaget är erfarenheten sedan länge från tidigare reformer att det är svårt att se att de leder till några större förändringar (se Brunsson, 1990). Det är inte riktigt fallet för det här implementeringsarbetet, det vill säga att det inte har inneburit någon förändring. Det är snarare förändringens omfattning som är svårare att bedöma. Det är här oklarheten kring i vilken omfattning rutinen används eller vilken rutin som används kommer in. Frågan är hur också hur aktivt den regionala rutinen används. Det var ändå ett tag sedan utbildningsinsatserna genomfördes. Den regionala rutinen kanske har genomgått en lokal anpassning. Det finns en del som tyder på det, vilket inte är så underligt.

Ofta vid den här typen av reformer sker en tolkning och anpassning av de idéer som ska införas (se Czarniawska, 2015). Det har redan skett när samverkanslagens intentioner omformulerades i riktlinjer och den regionala rutinen. Det är därför inte förvånande att det sker en lokal anpassning efter att medarbetare fått information och utbildning om den regionala rutinen. Det är inte en fråga om det sker utan när det sker samt inte minst hur det sker. Om det nu sker en gradvis förändring av hur arbetet genomförs i förhållande till den regionala rutinen så är frågan om den anpassningen eller förändringen skett i ett gemensamt arbete eller om det har skett en ensidig anpassning eller förändring från en aktörs sida. Det kan förhålla sig på det sättet eftersom aktörerna inom olika områden inte är riktigt överens om att det finns en lokal rutin, det vill säga om det skett en anpassning eller inte. Det kan också vara så att förändringen skett genom att den regionala rutinen fallit i glömska eller försumrats, vilket i sin tur kan bero på att inte någon upprätthåller den ursprungliga rutinen. Detta visar att förändring eller implementering av rutiner, det vill säga att införa nya arbetsformer inte är så enkelt och att försöka styra genomförandet av den kan vara ännu svårare. Här finns två vägar att gå. Den ena vägen utgår från ambitionen att anta en regional rutin som ska praktiseras i all aktuell verksamhet. För att bli framgångsrik med denna form av förändring krävs insatser för att göra rutinen känd. Inte bara vid ett tillfälle, utan återkommande. Det kommer således krävas uppföljning och kontroll för att säkerställa att rutinen tillämpas i verksamheterna. Den andra vägen utgår från att den regionala rutinen anger en generell riktning som i huvudsak ska praktiseras, men att den behöver översättas till de lokala förutsättningarna för att nå full verkningsgrad. För att vara lyckosam i detta förändringsarbete kan även utbildning om den regionala rutinen vara en del av arbetet, men framför allt behöver det fortsatta lokala utvecklingsarbetet kring den regionala rutinen ta fart. Vilken väg som implementeringsarbetet tar kommer påverka hur förhållandet mellan den regionala styrningen och den lokala ledningen behöver utvecklas. Något som diskuteras i nästa avsnitt.

### **3.2 Förhållandet mellan regional styrning och lokal ledning**

Utmaningen med att implementera oavsett reformens inriktning och omfattning är att finna ut vad som kan vara en lämplig styrning respektive ledning av ett ofta nödvändigt förändringsarbete som en del av implementeringen. En något förenklad uppdelning mellan styrning och ledning är att styrning av implementering handlar om att skapa förutsättningar i riktlinjer, rutiner, system och strukturer som bildar en ram för arbetet (se Berlin och Kastberg, 2011).

Ledning av implementering uppmärksammar istället understödjande av processer, nytänkande och erfarenhetsutbyte som en del av arbetet. I den verksamhet som här berörs är förutsättningen att den dels är politiskt styrd, dels att den utförs av olika professioner. Den första aspekten är en del av den överenskommelse mellan regionen och kommunerna som framträder i de regionala riktlinjerna och den antaga rutinen. Detta är en tydlig del av den regionala styrningen. I det här avseendet visar också studien att det finns en hög acceptans av den regionala rutinen. Information om den har gått ut via utbildningen eller genom kolleger/chefer. Det kan dock fortfarande finnas en del att göra som till exempel att se över rutinen och överväga om den behöver revideras. Det finns också anledning att fundera på hur förhållandet ska se ut mellan den regionala rutinen och behovet av lokal anpassning av densamma.

Den andra aspekten som har att göra med att genomförande ligger hos olika professioner anknyter tydligare till ledning av implementering och förändringsarbetet. Ledning av implementering och förändringsarbetet innehåller kanske en speciell utmaning då professionellt arbete innehåller en grad av autonomi samtidigt som det professionella yrkesutövandet även innefattar ett visst mått av självständigt beslutsfattande (Alvehus, 2012). Kanske är det detta som kommer till uttryck i svaren på enkäten. Det finns en stor tilltro till den professionella gruppen av medarbetare, vilket har gjort att cheferna ställer sig i bakgrunden. Det är förmodligen inte det enda möjliga svaret. Det kan också vara så att ledningen inte tar sig tid att driva förändringsarbetet. Det finns ett flertal forskningsöversikter som tittat på ledningens roll i förändringsarbete, bland annat Ovretveit (2010) som pekar på behovet av att ledningen är närvarande och skapar incitament för implementeringen. Detta att avsätta resurser för att genomföra förändringen har i någon bemärkelse skett, men det som också ledningen kan bidra med är att skapa strukturer för ett systematiskt förändringsarbete. I det fallet är det mer oklart hur den lokala ledningen agerar för få till ett förändringsarbete. Det är inte en god idé att överlåta allt ansvar för implementeringen och förändringsarbetet, till regionala eller delregionala nivåer. De har sin roll i att skapa vissa grundläggande förutsättningar för implementeringen, men att leda det lokala utvecklingsarbetet är inte del av det. Här finns istället behovet av att den lokala ledningen träder fram för att skapa förutsättningar för förändringsarbete såväl i den egna organisationen som i samverkan med andra aktörer. Det är också en central del av implementeringen av samverkanslagen. Implementeringen behöver ske i samverkan mellan aktörerna eftersom det

framtida arbetet, enligt intentioner och den regionala rutinen föreskrivs ske i samverkan mellan aktörerna.

### 3.3 Behov av att samverka vid implementering

Samverkan vid implementering innehåller en rad särskilda utmaningar som samtidigt är en del av förutsättningarna för varför det kan finnas ett behov av att samverka. Resultatet från studien visar att de skillnader som föreligger mellan verksamheter och professioner avseende olika lagstiftning, regelverk, kunskapstraditioner, värdering och i viss mån skillnader i legitimitet mellan organisationerna kan försvåra samverkan tillsammans med en bristande kunskap om varandras verksamheter. Detta är perspektiv som återkommande kommer upp som försvårande omständigheter vid studier av samverkan (Huxham och Vangen, 2005). Inte desto mindre behöver implementering ske i samverkan mellan organisationerna och professionerna eftersom det förväntade resultatet av införandet av samverkanslagen är att samverkansformerna förnyas, förändras eller i alla fall etableras efter den regionala rutinen. Utmaningen är således tvådelad, dels att etablera samverkansformer för implementering och förändringsarbetet, dels att finna ut på vilket sätt som de olika professionerna kan arbeta tillsammans. Den första utmaningen uppmärksammas inte i den här delstudien, men det har framkommit i tidigare delstudier att det lokala förändringsarbetet inte har varit så uppenbart (Jensen, mfl., 2020). Däremot framkommer det i denna studie att aktörerna har etablerat strukturer för att underlätta införandet av rutinen. Den andra utmaningen om att få till ett framtida arbete som sker i samverkan kan betraktas utifrån tre aspekter: 1) behovet av en övergripande samverkan, 2) vårdcentralernas roll som koordinator, 3) professionernas samverkan vid SIP.

Det övergripande behovet av samverkan avser framför allt om det finns en övergripande struktur som stödjer samverkan mellan verksamheterna och professionerna. Från det regionala perspektivet är detta framför allt uttryckt i den regionala riktlinjen och rutinen där det framgår hur, när och med vem som samverkan behöver genomföras. Det går inte heller att bortse från att rutiner tillkommit utifrån en erfarenhet av behovet av samverkan och på det sättet anknuter de till viss del till de former av samverkan som funnits tidigare. Resultat från denna studie visar att det finns ett tydligt stöd för den ordning som rutinen föreskriver och således är aktörerna positiva till att processen för in- och utskrivning av patienten behöver uppmärksamma hur de samverkar sinsemellan i det arbetet.

Det nya för samverkanslagen är att samverkan avseende in- och utskrivning av patienten ska koordineras av vårdcentralerna. Även om det framkommer att det har etablerats strukturer för att stödja samverkan mellan aktörerna visar studien också att formerna för samverkan inte funnit ett fungerande arbetssätt. Det anses vara problematiskt att samverka och framför allt är det kommunen som inte verkar ha funnit en fungerande samverkansform med vårdcentralerna. Det verkar finnas en del utvecklingsarbete kvar fortfarande då även de andra aktörerna inte är helt nöjda med hur samverkan fungerar idag. En central del av samverkan enligt samverkanslagen är införandet av det nya uppdraget som koordinator vilket har anförtrotts vårdcentralerna. Koordinatorsrollen är ett nytt uppdrag och därför tar det tid finna former för det som fungerar för alla aktörerna. Här krävs ett gemensamt utvecklingsarbete inte minst som tidigare studier visar påtagliga svårigheter att etablera denna typ av roller och funktioner (Löfström, 2009). Vårdcentralernas roll som koordinator i den här processen borde därför i det framtida utvecklingsarbetet ges en särskild uppmärksamhet.

Även innan samverkanslagen var SIP etablerad som en samverkansform där professionerna möts tillsammans med den enskilde för att planera eventuella insatser. Denna form av samverkan är redan institutionaliserad och är omgärdad av en föreskriven ordning. De tre aktörerna är också överens om att det är en fungerande form för samverkan vars enda reella problematik är att tiden inte räcker till för att planera och genomföra dessa möten. I detta finns en hög grad av samstämmighet. Samstämmigheten är dock inte lika hög när det kommer till i vilken utsträckning som den enskilde är delaktig i SIP eller om den enskildes behov kommer till uttryck eller vägs in i vid SIP. Detta bekräftas också av andra studier som visar att det är en utmaning att få till en meningsfull medverkan för den enskilde (Matscheck och Piuva, 2020).

Avslutningsvis kan konstateras att denna delstudie visar på att intentionerna med att implementera samverkanslagen har också fått ett visst genomslag i det lokala arbetet kring in- och utskrivningsprocessen av patienten. Den visar också att det finns en del kvar att göra i och form av att klargöra och säkra olika samverkansstrukturer samt att säkerställa ett fortsatt utvecklingsarbete som i första hand utförs av de professionella aktörerna, men med en tydlig närvaro av såväl det regionala perspektivet som det lokala.



# Referenser

- Alvehus, J. (2012) 4 myter om professionella organisationer, Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, J., Jensen, C., Löfström, M. och Nilsson, V. (2016). *Chefers strategier för att implementera samverkan*. NATKOM-rapport 29. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige (KFi).
- Berlin, J. och Kastberg, G. (2011) Styrning av hälso- och sjukvård. Malmö: Liber.
- Brulín, G. Sjöberg, K. och Svensson, L. (2009). Gemensam kunskapsbildning för regional tillväxt. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg 15, nr 1, s 61–74.
- Brunsson, N., 1990, Reformen som rutin, i Brunsson, N. och Olsen, J.P. (red) *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons.
- Bryman, A. och Bell, E. (2017). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Stockholm: Liber.
- Carlén, M., Löfström, M. och Theandersson, C. (2014). *Utvärdering av När-vårdssamverkan Södra Älvsborg*. Högskolan i Borås: rapport 34.
- Czarniawska, B., och Sevón, G. (1996). Introduction. In B. Czarniawska och G. Sevón (Ed.), *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter.
- Huxham, C., och Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
- Jensen, C., Löfström, M. och Nilsson, V. (2020). *En studie av implementeringen av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen*. KFi-rapport 161. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige. ISBN: 978-91-87454-74-5.
- Jensen, C. och Kuosmanen, J. (2008). *Streta emot eller sträva tillsammans? Om samverkan, brukarmedverkan och komplexitet i Miltonprojekten i Västra Götalands län*. Göteborg: FoU i Väst/GR, Rapport 5.

Johansson, S. (2011). *Rätt, makt och institutionell förändring. En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. Avhandling. Lunds Universitet.

Löfström, M. (2009). *Styrning och organisering av samverkan på Familjecentralen*. KFi-rapport 108. Kommunforskning i Västsverige.

Löfström, M. (2010). *Samverkan och gränser: studier av samverkansprojekt i offentlig sektor*. Avhandling. Göteborgs Universitet.

Löfström, M., Nilsson, V. och Jensen, C. (2019). *Implementering av samverkan – om att genomföra lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. KFi-rapport 153. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige. ISBN: 978-91-87454-66-0.

Matscheck, D. och Piuva, K. (2020). Integrated care for individuals with mental illness and substance abuse – the example of the coordinated individual plan in Sweden, *European Journal of Social Work*, DOI: 10.1080/13691457.2020.1843409

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.

Nordström, E. (2016). *Samordnad individuell plan (SIP) – Professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter*. Jönköpings universitet: Licentiatavhandling, Series No. 71.

Ovretveit, J. (2010). Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Quality and Safety in Health Care*, 19 (6), 490-492.

SFS (2017:612) *Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

van Meter, D. och 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.



# Bilaga 1

I samband med införande av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) har Västra Götalandsregionen och Västra Götalands kommuner gjort en gemensam överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. De har även antagit en "Gemensam riktlinje om in- och utskrivningar från slutna hälso- och sjukvård" och utvecklat en "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård". Arbetet att införa denna riktlinje och rutin studeras i en implementeringsstudie.

Syftet med studien är att uppmärksamma hur arbetet med att implementera ett nytt arbetssätt enligt lagen och riktlinjerna fortskrider. För studiens genomförande sker intervjuer, fokusgrupper och denna enkätstudie. Enkäten skickas ut till ett urval av medarbetare för att få en bredare kunskap om implementeringsarbetets villkor.

Alla svar behandlas anonymt. I analysen när svaren sammanställs anonymt i grupper kommer det inte gå att se vad en enskild person har svarat.

Uppdraget att genomföra studien har Kommunforskning i Västsverige (KFi) och projektledare är docent Mikael Löfström. Vid frågor om enkäten eller uppdraget går det bra att kontakta mig via telefon 0732-305909 eller via e-post [mikael.lofstrom@hb.se](mailto:mikael.lofstrom@hb.se).

---

## 1. Arbetsgivare

Om du har flera arbetsgivare markera vem som är huvudarbetsgivare

- Västra Götalandsregionen (om respondenten markerar kommun, gå till 3b)
- Kommun (om respondenten markerar kommun, gå till 3a)
- Privat utförare (om respondenten markerar kommun, gå till 3b)

## 2. Min arbetsplats är:

Om du har flera arbetsplatser, markera din huvudsakliga arbetsplats

- Kommunal hälso- och sjukvård
- Psykiatrin slutenvård
- Psykiatrin öppenvård
- Rehabilitering kommun
- Rehabilitering sjukhus
- Rehabilitering vårdval
- Sjukhus
- Socialtjänst
- Vårdcentral
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

3a. Inom vilken kommun arbetar du?

- Dals-Ed
- Grästorp
- Herrljunga
- Hjo
- Lerum
- Lidköping
- Lysekil
- Mölndal
- Skövde
- Stenungsund
- Tjörn
- Tranemo
- Vargårda
- Vänersborg
- Åmål

3b. Inom vilket geografiskt område (kommun) arbetar du i huvudsak?

- Dals-Ed
- Grästorp
- Herrljunga
- Hjo
- Lerum
- Lidköping
- Lysekil
- Mölndal
- Skövde
- Stenungsund
- Tjörn
- Tranemo
- Vargårda
- Vänersborg
- Åmål

4. Vilken tjänstebeteckning har du? (välj en)

- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Fysioterapeut
- LSS-handläggare
- Läkare
- Sjuksköterska
- Undersköterska
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

5. Ärenligt din uppfattning "Rutin för in-och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård" relevant och ändamålsenlig för en trygg och säker in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård?

- Ja, i mycket hög grad
- Ja, i ganska hög grad
- Varken eller
- Nej, i ganska låg grad
- Nej, i mycket låg grad

6. Hur väl känner du till "Rutin för in-och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård"?

- Mycket väl
- Ganska väl
- Delvis
- Inte alls

7. Hur väl känd är "Rutin för in-och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård"? på din arbetsplats?

- Mycket väl
- Ganska väl
- Delvis
- Inte alls

8. Hur har du i huvudsak blivit informerad om "Rutin för in-och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård"?

- Genom kollegor
- Närmaste chef
- Utbildningstillfällen
- Annat ....

9. Har ni utvecklat en delregional rutin eller skriftlig lokal tillämpning av "Rutin för in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård"?

- Ja
- Nej
- Vet ej

10. Är kollegorna på din arbetsplats motiverade att arbeta enligt "Rutin för in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård"?

- Ja, i mycket hög grad
- Ja, i ganska hög grad
- Varken eller
- Nej, i ganska låg grad
- Nej, i mycket låg grad

11. Har ni ändrat något på din arbetsplats såsom organisationsstruktur eller verksamhetsrutiner som följd av implementeringen av "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- Ja, i mycket hög grad
- Ja, i ganska hög grad
- Varken eller
- Nej, i ganska låg grad
- Nej, i mycket låg grad

12. Anser du att ledningen på din arbetsplats ger tillräcklig prioritet för att implementera "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- Ja, i mycket hög grad
- Ja, i ganska hög grad
- Varken eller
- Nej, i ganska låg grad
- Nej, i mycket låg grad

13. Finns det någon särskild aktör inom din verksamhet som varit drivande på införandet av rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård?

- Ja
- chefer
  - kollegor
  - samordnare
  - politiker
  - Andra ... ..

Nej

14. Har utbildning genomförts till berörd personal vid din arbetsplats om "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- Ja till samtliga berörda
- Ja till några berörda
- Nej, inte ännu

15. Om du gick utbildningen, var den tillräcklig för att förstå innebörden av rutinen?

- Ja i stort sett
- Ja delvis
- Nej inte alls

16. I vilken utsträckning genomförs återkommande utbildningar om "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård" för till exempel nyanställda?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

17. I vilken utsträckning har er arbetsplats tilldelats ökade resurser(exempelvis pengar, tid, kompetens) för att kunna arbeta enligt "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

18. I vilken utsträckning har ni själva, på er arbetsplats, avsatt särskilda resurser (exempelvis pengar, tid, kompetens) för att kunna arbeta enligt "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

19. I vilken utsträckning har "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård" inneburit en trygg och säker in- och utskrivningsprocess för den enskilde?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

20. I vilken utsträckning har det etablerats strukturer på din arbetsplats för att underlätta för personalen att samverka enligt "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

21. Hur är det att samverka utifrån "Rutin för in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård" med följande verksamheter och dess personal? Bedöm detta i förhållande till varje verksamhet. Markera ditt svar enligt skala där 1 står för besvärligt och problematiskt och 5 står för smidigt och oproblemiskt.

|                         | Besvärligt/problematiskt |                          |                          | Smidigt/oproblematiskt   |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Kommun                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdcentral – Närhälsan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdcentral – Privat    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjukhus                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22. I vilken utsträckning innebär...(A-J)..... svårigheter att samverka utifrån "Rutin för in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård"?

|   | I mycket stor utsträckning | I ganska stor utsträckning | Varken eller             | I ganska liten utsträckning | I mycket liten utsträckning |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A. Bristande kunskap om samverkansparternas verksamhet    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| B. Bristande erfarenhet av samverkan                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| C. Olika professioner (kunskapstradition och etik)        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| D. Olika lagstiftning och regelverk                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| E. Makt- och statuskillnader mellan organisationer        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| F. Makt- och statuskillnader mellan professioner          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| G. Psykosociala faktorer (samarbetsklimat och personkemi) | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| H. Verksamheters olika upptagningsområde                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| I. Geografiska avstånd mellan lokaler                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| J. Bristande resurser (pengar, tid)                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |

23. I vilken utsträckning har de enskilda fast vårdkontakt, enligt "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

24. I vilken utsträckning är fast vårdkontakt centralt för att genomföra "Rutin för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård"?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

25. I vilken utsträckning har digital kommunikation (exempelvis Skype) blivit vanlig i samband med avstämningsmöten/planering inför den enskildes utskrivning från slutenvården?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

26. Är din erfarenhet att digital kommunikation (exempelvis Skype) vid avstämningsmöten/planering inför den enskildes utskrivning från slutenvården fungerar väl för den enskilde?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

27. I vilken utsträckning upplever du att den enskilde varit delaktig i sin samordnade individuella plan (SIP)?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

28. Anser du att planerade SIP-möten genomförs i tillräckligt stor utsträckning utifrån den enskildes behov?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

29. I vilken utsträckning har du möjlighet att påverka innehållet i diskussioner vid planerade SIP-möten så dessa utgår från den enskildes behov?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

30. I vilken utsträckning har du möjlighet att påverka beslut vid planerade SIP-möten så dessa utgår från den enskildes behov?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

31. I vilken utsträckning har du tillräcklig information/kunskap för att kunna delta aktivt vid planerade SIP-möten?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

32. I vilken utsträckning är du i ditt arbete beroende av den information/kunskap som framkommer vid planerade SIP-möten?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning



33. I vilken utsträckning upplever du att det finns tid för planerade SIP-möten?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

34. I vilken utsträckning upplever du att din yrkeskunskap blir respekterad från övriga deltagare vid planerade SIP-möten?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

35. I vilken utsträckning upplever du dig respektfullt bemött i din yrkesroll från övriga deltagare vid planerade SIP-möten?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- Varken eller
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

Tack för din medverkan!





**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](mailto:kfi@kfi.se)  
[www.kfi.se](http://www.kfi.se)