

Implementering i och av samverkan

– om att genomföra lagen om
samverkan vid utskrivning
från slutenvården

Mikael Löfström, Viveka Nilsson och
Christian Jensen

Implementering i och av samverkan

– om att genomföra lagen om samverkan
vid utskrivning från slutenvården

Mikael Löfström, Viveka Nilsson och Christian Jensen

ISBN 978-91-87454-66-0
© KFi tillsammans med författarna 2019
KFi – Kommunforskning i Västsverige
c/o Göteborgs universitet
Box 665
405 30 Göteborg
Tel 031-786 59 00
E-post kfi@kfi.se
www.kfi.se

Innehåll

Sammanfattning.....	7
1. Implementering av ny lag inom vård och omsorg	11
1.1 Bakgrund.....	11
1.2 Studiens fokus.....	12
1.3 Studiens syfte	12
1.4 Implementering i och av samverkan – en analysmodell.....	13
1.4.1 Implementeringens utmaning.....	13
1.4.2 Analysmodell	17
1.5 Studiens genomförande	19
2. Vård- och omsorgsföreträdares erfarenheter av implementeringen av samverkanslagen	23
2.1 Sjukhusen i nätverk 1–3.....	23
2.1.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten.....	23
2.1.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA	26
2.1.3 Samverkanslagens konsekvenser	27
2.1.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	31
2.1.5 Sammanfattning sjukhusen.....	33
2.2 Vårdcentralerna i nätverk 1–3	34
2.2.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten.....	34
2.2.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA	36
2.2.3 Samverkanslagens konsekvenser	38
2.2.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	41
2.2.5 Sammanfattning vårdcentralerna	43
2.3 Kommunerna i nätverk 1–3.....	44
2.3.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten.....	44
2.3.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA	47

2.3.3 Samverkanslagens konsekvenser	49
2.3.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	52
2.3.5 Sammanfattning kommunerna.....	54
2.4 Sammanfattning av nätverk 1–3	55
2.4.1 Förändrad vårdplanering	55
2.4.2 Samverkanslagens konsekvenser	56
2.4.3 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen	57
3. Den pågående implementeringens utmaningar	59
3.1 Om viljan att kunna förstå	59
3.2 Lokala lösningar och begränsningar i förändringsarbetet	61
3.3 Slutsatser inför framtiden	64
Referenser	67

Sammanfattning

Föreliggande rapport är en första delrapportering av en studie som följer implementeringen av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) i Västra Götalandsregionen. Syftet med studien är att beskriva och analysera hur implementeringen organiseras mellan slutenvården, öppenvården och kommuner. Studien belyser samtidigt den komplexitet som föreligger i samverkan mellan de olika vårdgivarna samt innebörden av och utmaningar med samverkanslagen. Rapporten baseras på enskilda intervjuer med 27 vård- och omsorgsföreträdare och sex fokusgruppintervjuer där totalt 37 vård- och omsorgsföreträdare deltagit. De intervjuade utgörs av vårdcentraler, områdeschefer, verksamhetschefer, enhetschefer, överläkare, sjuksköterskor, vårdplaneringssköterskor, SAMSA-sköterskor, biståndsbedömare, arbetsterapeuter, utvecklare och samordnare.

Samverkanslagen tillsammans med Västra Götalandsregionen och kommunernas överenskomna riktlinjer uppfattas av samtliga respondenter vara relevant för att förbättra samverkan vid vårdplanering och lagstiftning anses vara rätt väg att gå. Den nya lagen uppfattas i stort som ändamålsenlig, men det finns utmaningar med den. Sjukhus och kommuner har sedan tidigare ett uppbyggt samarbete och nu ska vårdcentralerna hitta sin plats i detta. Sjukhusen menar att man står i tätare kontakt med kommunerna nu och att vårdcentralerna har fått en större plats i vårdkedjan genom att närvara på avstämningarna. Väntan på korttidsboenden upplevs dock vara alltför lång. Kommunerna menar också att vårdcentralerna har blivit mer involverade i vårdplaneringen men att de inte kallar till möten tillräckligt snabbt och inte deltar på dessa tillräckligt ofta. Man tycker också att rehabiliterings- och hjälpmedelshetera inte involveras i tillräcklig utsträckning i vårdplaneringen. Vårdcentralerna anser själva att de blivit mer delaktiga i vårdplaneringen och att de har en utökad kontakt med sjukhusen. De menar även att de har svårt att hinna med alla möten då det är ont om personal. Alla vårdgivare framhåller att det råder en annan beredskap på att ta hem patienter idag och att utskrivning sker vardag som helg. Från sjukhusens sida påpekas att en del vårdcentraler och kommuner har haft svårt att klara helgbemanningen.

Det gemensamma IT-systemet SAMSA upplevs vara en viktig del i vårdplaneringen och kommunikationen mellan de olika vårdgivarna. Alla vårdgivare har tillgång till samma information, men systemet har också sina brister. På de studerade vårdavdelningarna sköter sjuksköterskor systemet inom ramen för sin ordinarie tjänst, vilket medfört en ökad arbetsbelastning. Kommuner och vårdcentraler upplever att sjukhusen inte alltid uppdaterar informationen i SAMSA snabbt nog med påföljd av vårdplaneringen försenas. Dessutom ändras utskrivningsdatumet ofta med stora konsekvenser för kommunerna. Likaså fungerar inte överföringen av patienternas remisser från sjukhus till vårdcentral alltid så bra. Sjukhusen har inte heller samma journalsystem som vårdcentralerna och kommunerna med följd att de olika vårdgivarna inte har tillgång till samma läkemedelslista som istället måste postas eller faxas mellan olika enheter. Detta fördröjer vårdplaneringen.

Förberedelserna inför samverkanslagens införande har överlag fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer till personalen på sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna. Detta har bidragit till en gemensam målbild och förtydligat ansvar och rutiner. Sjukhusen säger sig inte sakna någon information i sammanhanget och det samma gäller för vårdcentralerna. I en av de studerade kommunerna har informationsbiten inte fungerat lika bra och man hade gärna sett mer information. Motivationen att följa lag och riktlinjer upplevs på sjukhusen inte vara så god som man önskar och en av anledningarna till detta är den ökade administration som följt i lagens spår. Motivationen inom kommunerna och vårdcentralerna anses vara bra.

Alla respondenter från såväl sjukhus som vårdcentral och kommun är överens om att den information och utbildning de har fått har varit tillräcklig och givit ett underlag för att förstå intentioner med lagstiftning och riktlinjer. I det avseendet har förberedelsearbetet fungerat väl och såväl medarbetare som chefer har den kunskap som behövs för att förbereda sig för olika insatser som ska göras i och med starten för implementeringsarbetet. Det finns däremot inte några exempel där det funnits planerade organisatoriska förberedelser utöver exempel på rekrytering av nya medarbetare eller att någon medarbetare fått uppdrag i linje med riktlinjerna. Det gäller även organisatoriska förberedelser av hur samverkan mellan de olika organisationerna ska genomföras. Det förändringsarbete som initierats har främst varit ett resultat av de erfarenheter som medarbetarna har gjort och gör i samband med att de ska få den nya arbetsordningen att fungera.

Inför framtiden behöver det ske en tydligare ansvarsfördelning mellan linjeorganisationen och den nätverksbaserade styrningen när det kommer till verkställigheten av förändringsarbetet. Det centrala stödet ersätter inte behovet av ett medvetet förändringsarbete för att säkra arbetet i olika samverkansformer. De aspekter som tydligare behöver adresseras i det lokala arbetet är å ena sidan in- och utskrivningsprocessen utifrån ett patientperspektiv så att det är klart att vårdkvaliteten inte försämras, å andra sida att nyttja den nya tekniken för att förbättra kommunikationen kring patienten som en del av samverkan. Samverkan kring in- och utskrivningsprocessen behöver organiseras gemensamt mellan organisationer och enskilt för verksamheter för att minska friktion, frustration och stress för såväl medarbetarna som för patienterna och deras anhöriga.

1. Implementering av ny lag inom vård och omsorg

1.1 Bakgrund

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

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

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

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

1.2 Studiens 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 m fl, 2014; Nordström, 2016). Sammanhållande för de två områdena är de olika processer som initieras vid ett vårdbehov. Det som här uppmärksammas är hur styrning och organisering av dessa processer utvecklas för att de ska bli långsiktigt hållbara. Övergripande är det hur samverkan organiseras mellan slutenvården, öppenvården och kommunen med utgångspunkt i en samverkan där öppenvården har fått ett tydligare uppdrag att koordinera denna samverkan. Fokus för studien är därför att uppmärksamma a) under vilka villkor implementering av samverkanslagen och riktlinjerna sker, b) hur de strategiska och strukturella formerna utvecklas för att befrämja samverkan utifrån intentioner i överenskommelsen mellan Västra götalandsregionen och kommunerna c) hur samverkansmöten mellan de professionella utvecklas för att befrämja exempelvis samordnad individuell planering.

1.3 Studiens syfte

Detta är en första delrapportering av den studie som följer implementeringen av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612). Genom en utvärdering över tid, baserad på relevanta teorier om styrning och organisering vid implementering i samverkan, genereras kunskap och lärande baserat på implementeringens resultat. Syftet med studien är att beskriva och analysera hur implementeringen organiseras mellan slutenvården, öppenvården och kommuner, med utgångspunkt i en samverkan där öppenvården har fått ett tydligare uppdrag att koordinera denna. Studien belyser samtidigt den komplexitet som föreligger i samverkan mellan de olika vårdgivarna samt innebörden av och utmaningar med samverkanslagen.

1.4 Implementering i och av samverkan – en analysmodell

1.4.1 Implementeringens utmaning

Välfärdsstatens utveckling handlar i stora drag om att ständigt förändra och utveckla den service och de tjänster som dess medborgare behöver. Den förmågan till utvecklingen kan vara avgörande för att välfärdsstaten ska upplevas som relevant av medborgarna. För det ändamålet behöver det finnas en fungerande ordning för å ena sidan politiskt beslutsfattande och å andra sidan tjänstemän och förvaltningar som har förmågan och kompetensen att genomföra de politiska besluten. Genomföra eller verkställa politiska beslut är vad implementering innebär, vilket är det begrepp och de teorier som kommer vägleda detta kapitel. Implementering är således en form av införande och verkställande av politiska beslut och reformer. Hur en reform eller ett politiskt beslut implementeras är inte en så trivial fråga som det kan verka. Låt vara att det finns politiska beslut som exempelvis förändringar av skattesatser eller införande av rökfria zoner som inte kräver mer av en organisation eller myndighet än att de genomför mindre förändringar eller bevakar implementeringen av beslutet. Det finns dock andra reformer och typer av beslut där implementeringen inte är så självklar eller att det kommer att krävas ett omfattande utvecklingsarbete för att beslutsfattarens intentioner ska kunna uppfyllas (Matland, 1995). Det kan handla om så kallade "wicked problems", det vill säga problem som framstår som svåra eller där det finns en oklarhet eller en komplexitet i problemet, vilket gör att lösningen förmodligen inte är självklar eller lika komplex.

Välfärdssamhällets utveckling under det senaste halvsekle har även inneburit att den komplexa problematiken söker finna lösningar i samverkan mellan olika organisationer, såväl offentliga, privata som ideella. Allt fler politikområden går från separerade formella organisationsstrukturer till gränsöverskridande tvärssektoriella strukturer som kräver aktiv samverkan (Osborne, 2010). Utmaningen är således vid implementering av reformer och politiska beslut att inte endast lösningen kan finnas i samverkan mellan organisationer där nya organisationsformer kan behöva utvecklas i form av nätverk, utan även en förväntan på att implementeringen sker i samverkan. Styrning, organisering och ledning av implementering blir när den även förväntas ske i samverkan eller leda till samverkan en intressant utmaning för de olika aktörer, inte minst professionen och de chefer som förväntas ta ansvar och skapa förutsättningar att så sker (Johansson, 2010; Berlin, m fl., 2016).

Uppmärksamheten på implementeringens problematik har jämfört med många andra perspektiv på offentliga organisationers lednings- och styrningsfrågor en relativt kort historik. Det var inte förrän på 1970-talet som implementering blev ett centralt begrepp inom välfärdsstatens utveckling och förvaltningsforskningen (Johansson, 2015). Den fick sin uppmärksamhet när studier visade att det inte var självklart hur komplexa reformer och välfärdsprogram kunde implementeras i offentliga politiskt styrda organisationer, det vill säga de politiska besluten genomfördes inte med automatik (Pressman och Wildavsky, 1984). Utgångspunkten var att implementering betraktades som en enkel händelsekedja. När det gäller politiska beslut sker implementeringen efter att beslutet tagits, vilket kan utvärderas. Det blir i denna beskrivning en hierarkisk linjär modell. Den är i viss utsträckning en idealtypisk beskrivning av implementering av policys. Modellen är med andra ord en renodlad modell som har sina begränsningar då implementeringsprocessen tenderar vara mer komplex i sitt genomförande (John, 1998). Det finns även en stor variationsgrad utifrån vad som ska implementeras liksom formen för organiseringen av verksamheten vari implementeringen ska ske, vilket gör det svårt att använda sig av en universell implementeringsmodell (Matland, 1995). Den implementerande organisationens utformning, placering, varaktighet är av betydelse, vilket även gäller personalens kompetens och hur ledningsstrukturen utformats.

Den traditionella synen på implementering och som under lång tid präglade utvecklingen av implementeringsteorier gör en distinktion mellan ett uppifrån-och-ner-perspektiv (top-down) och ett nerifrån-och-upp-perspektiv (bottom-up) (Hill och Hupe, 2014). Uppifrån-och-ner-perspektiv kännetecknas i stor uträkning av det som ovan benämndes den hierarkiska linjära implementeringsmodellen. I detta perspektiv utgår man från ledningens möjligheter att besluta om policys och reformer som sedan ska verkställas. Beslutsfattare kan i det här sammanhanget var såväl politiker som tjänstemän som sätter mål, riktlinjer och reglerar gränserna för verksamhetens genomförande. I detta perspektiv finns därför anledning att uppmärksamma vilken problematik det finns med att uppnå målen eller operationalisera fattade beslut (Matland, 1995). Till den diskussionen utvecklades ett resonemang där bland annat de strukturella organisatoriska förutsättningarna uppmärksammades. Genom det utvecklades ett större fokus på implementeringsprocessen och de otal faktorer som inverkar på implementeringen som till exempel kompetens och resurser för att åstadkomma implementering liksom strukturer, rutiner och ansvarsfördelning för genomförandet (Van Meter och Van Horn, 1975).

Nerifrån-och-upp-perspektiv var en reaktion på den rationella logik som utvecklats i uppifrån-och-ner-perspektiv och tog istället som utgångspunkt den empiriska realiteten som satte förutsättningarna för implementeringen. Det är i första hand Lipsky, (1980) som anses vara upprinnelse till detta perspektiv genom sitt resonemang om gräsrotsbyråkraterna (the street-level bureaucrats), vilka är human service-organisationernas personal som möter organisationernas brukare. På senare tid präglas detta perspektiv av en horisontell nätverksorganisering till stor utsträckning, vilket går under benämningen governance (Osborne, 2010). En av poängerna är att gräsrotsbyråkraterna utformar sin verksamhet utifrån den osäkerhet och oförutsägbarhet som präglar verksamheten. Det gör att verksamheten svårigen kan styras genom att ledningen sätter upp mål som sedan ska uppfyllas i den operativa verksamheten. Genom sin kontakt med brukarna får gräsrotsbyråkraterna en information som ledningen inte nödvändigtvis har och det medför att det krävs att de gör självständiga bedömningar och att de anpassar regelverket till det enskilda fallet. Vilket handlingsutrymme de har för att göra detta är beroende på vilken organisation de ingår i (Lipsky, 1980). Det medför att de strukturella förutsättningarna och hur olika aktörer relaterar sig till varandra är centralt för att möjliggöra implementering (Hjern och Porter, 1981).

Diskussionen mellan uppifrån-och-ner-perspektivet och nerifrån-och-upp-perspektivet på implementering har gått vidare till att utveckla ett perspektiv som tar hänsyn till de båda aspekterna, det vill säga ledningens avsikter och behov av styrning och medarbetares handlingar och behov av handlingsutrymme för att kunna medverka till implementeringen (Hill och Hupe, 2014). Med ökad komplexitet blir det svårare att använda en enkel linjär modell för att implementera reformer. Mer komplexa reformambitioner kräver ett annat närmande av frågan om implementering framför allt för att det visar sig att såväl ledning som professionsföreträdare behöver samordna sina insatser. I de fall när den reform som ska implementeras är i behov av att olika intressen samverkar och att professionens företrädare medverkar till att reformen implementeras behövs alternativa modeller för att förstå villkoren för att införa nya riktlinjer, arbetssätt med mera (Matland, 1995).

Om reformen eller policyns syfte eller medel är oklara eller vagt formulerade kan det vara svårt att komma överens i en förvaltningsorganisation eller bland flera organisationer. Förutsättningarna för implementering när samverkan är inblandad är att det ofta krävs överenskommelser mellan de olika aktörerna. Om reformens operativa utformning är oklar eller om aktörerna har

svårt att komma överens kan det leda till osäkerhet vid implementeringen. Valfärdssamhällets utveckling mot fler komplexa problem som behöver lösas med fler aktörer inblandade gör att det föreligger en risk för större svårigheter att organisera och leda implementeringsarbetet. Om implementeringen kräver utveckling och utformning av nya lösningar är det kontextuella förutsättningar såsom resurser och aktörer avgörande för resultatet av implementeringen. Överhuvudtaget krävs i sådana processer en större öppenhet för kontextuella faktorer (Matland, 1995).

Nya utmaningar leder till att problem liksom lösningar identifieras gemensamt genom samverkan i nätverk mellan offentliga, privata och ideella aktörer. Det kräver dock förnyande kunskaper om hur organisering och styrning av samverkan i nätverk fungerar, och hur samordning av verksamheter och samverkan av organisationer implementeras (Bryson m fl., 2015). Utifrån ett ledningsperspektiv är detta en stor utmaning. Att på ledningsnivå i samverkan komma överens om ambitioner och resurser för en verksamhet för att åstadkomma förändring av handlingar och beteende hos inte bara den egna verksamheten, utan även andra verksamheter har visat sig vara svårt (Alexandersson, 2006). Det handlar om att det kan finnas motstridiga intressen, vilket gör att implementeringen blir en kontinuerlig förhandling. Vid horisontell nätverksbaserad styrning är aktörerna autonoma i förhållande till varandra, det vill säga de kan inte styra över varandra. Det gör att det behövs någon övergripande överenskommelse för det gemensamma arbetet och en gemensam struktur (Jensen, m fl., 2018). Det är således en utmaning för ledningen och ledningar att tillse att det finns kapacitet och incitament för att åstadkomma implementering, det vill säga att professionen har tillräckliga resurser och är tillräckligt motiverad för att åstadkomma en implementering. Då det sker i samverkan innebär det också att den nätverksbaserade styrning som genomförs vid implementering samtidigt har att hantera den traditionella hierarkiska styrningen som sker i förvaltningsorganisationerna (Löfström och Jensen, 2019). Tre aspekter på möjligheter att implementera lagstiftning och riktlinjer samt tillämpa samverkan, vilka också kan sägas vara avgörande faktorer för en framgångsrik implementering är begreppen veta, vilja och kunna som fångar den enskilda aktörens möjligheter att gå från ord till handling (Alexandersson, 2006; Lundquist, 1987). Dessa dimensioner kommer att utvecklas i analysmodellen nedan.

1.4.2 Analysmodell

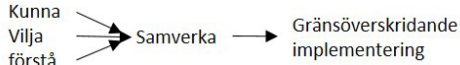
Försöket att göra klara distinktioner mellan beslutsfattande och implementering är, som texten i tidigare avsnitt visar, inte fruktbar av flera skäl (Sannerstedt, 2001). Det är många aktörer som deltar i processerna, varav en del av dem förmodligen är både beslutsfattare och deltagare i implementeringen av beslutet. Samtidigt är studien en undersökning av implementeringsprocessen vilket gör att följeforskningen i det här fallet i huvudsak får karaktären av en formativ studie, det vill säga studien medverkar till att uppmärksamma olika aspekter i implementeringen och därmed finns en möjlighet att studien också påverkar implementeringen. Studieobjektet är vad Vedung (2016) benämner ett förvaltningspolitiskt objekt, det vill säga det är en policy som är riktad mot administrationen och verksamheten med syfte att förändra dess organisering och verksamheter. 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. Det medför att Västra Götalandsregionen tillsammans med kommunerna inom samma område har tagit fram en överenskommelse och riktlinjer för arbetet tillsammans med ett IT-baserat administrativt system, SAMSA, och rutiner för arbetet med det. Implementering av riktlinjer och arbetsrutiner innebär en slags infrastruktur för samverkan mellan olika verksamheter som har olika huvudmän och som innefattar vissa föreskrivna gemensamma rutiner.

Implementeringsstudien utgår från de klassiska grunddimensionerna inom implementeringsforskningen, förstå, vilja och kunna (Van Meter och Van Horn, 1975; Lundquist, 1987). *Förstå* avser att uppmärksamma i vilken utsträckning olika aktörer, medarbetare och chefer, inom region och kommuner känner till överenskommelse och riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården. Det innebär 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 riktlinjer för det gemensamma arbetet, utan det som avses är att de som ska implementera detta 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 tillräcklig kunskap om och har de förstått innebörden av införandet av riktlinjerna för samverkan vid utskrivning från slutenvården?

Den andra delen av de tre dimensionerna, *vilja*, behandlar frågan vilket stöd det finns för överenskommelser och riktlinjer när de väl har blivit kända. Finns det helt enkelt en vilja från olika aktörer att implementera riktlinjerna och i så måtto medverka till förändringar så att de kommer att tillämpas. I det här sammanhanget finns frågor om aktörerna uppfattar att riktlinjerna 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 de nya riktlinjerna?

Den tredje dimensionen avser om det finns förutsättningar att *kunna* arbeta enligt riktlinjerna. I sammanhanget berörs frågan det 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 riktlinjerna. Det är också en fråga om det är avsatt tid och finansiering för det merarbete som med stor sannolikhet krävs för att förändra arbetsorganisationen hos de olika aktörerna. Slutligen gäller detta en fråga om att aktörerna ska utveckla sin samverkan enligt riktlinjerna, vilket behöver såväl kompetens som resurser. Den ledande frågan i den här dimensionen är: Vilka förutsättningar finns för att chefer och medarbetare ska kunna införa och arbeta efter riktlinjerna?

Det finns även anledning att belysa 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 dessa delar. Samverkan innebär att det föreligger ett nätverk av organisationer och av professionsföreträdare som förväntas interagera i samband med implementering och som ett resultat av implementeringen av riktlinjerna. En aspekt som behöver adderas för att detta ska vara möjligt är komplementet till den hierarkiska styrningen. Det som ovan benämnts som nätverksbaserad styrning. Det medför att förutsättningarna för att implementera riktlinjerna onekligen är kopplade till aktörernas förutsättningar i betydelsen kunna, vilja och förstå, men med det tillägget att dessa förutsättningar är inramade och påverkade av nätverkets (läs samverkan) förutsättningar. Det innebär även att resultatet av implementeringen inte förväntas stanna inom en organisation, en profession eller aktör, utan vara gränsöverskridande till sin karaktär.



Figur 1. Implementera i samverkan

Den ledande frågan inom detta område är: På vilket sätt medverkar riktlinjerna till att stärka det påtalade behovet av samverkan mellan parterna?

Det ger en undersökningsmodell enligt nedan:

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

1.5 Studiens 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 m fl, 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 medverkar till lärande och kunskapsutveckling (Bryman och Bell, 2017). Det empiriska materialet i den första delrapporteringen som presenteras i föreliggande rapport baseras på både enskilda intervjuer och fokusgruppintervjuer.

I Västra Götalandsregionen involveras 49 kommuner, 15 sjukhus och cirka 200 vårdcentraler, rehabenheter och privata vårdgivare. 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, Fyrbodals, Skaraborg, Södra Älvsborg, SAMLA och SIMBA). I föreliggande studie har enskilda intervjuer och fokusgruppintervjuer gjorts inom tre av dessa områden (Skaraborg, Södra Älvsborg och SIMBA) som här benämns nätverk 1–3. I den andra delrapporteringen kommer de tre andra områdena att involveras.

I alla tre delregionala områden har enskilda intervjuer gjorts i en kommun, en eller två vårdcentraler i samma kommun samt på ett sjukhus knutet till kommunen. Fokusgruppintervjuer har företagits med representanter för både vårdcentraler, kommuner och sjukhus. Intervjupersonerna utgörs av vård- och omsorgsföreträdare och första och andra linjens chefer. Intervjuarbetet inleddes med en förstudie där fem vård- och omsorgsföreträdare intervjuades i syfte att erhålla information för att utforma den intervjumall som användes vid intervjuerna.

Vid de enskilda intervjuerna intervjuades totalt 27 vård- och omsorgsföreträdare verksamma i Västra Götalandsregionen. En öppen frågemanual användes som innehöll fyra frågeområden och totalt 20 frågor. Det första frågeområdet handlade om erfarenheter av samverkan och vilka förutsättningar och hinder som föreligger i samverkan kopplad till vårdplanering. Det andra frågeområdet behandlade kunskapen om och förståelsen för samverkanslagen. Det tredje området gällde viljan att arbeta efter den nya lagen och det fjärde området behandlade förutsättningar för att kunna arbeta enligt lagen.

Vad gäller de enskilda intervjuerna på sjukhusen har intervjuer gjorts med en verksamhetschef, två enhetschefer, två överläkare, en sjuksköterska samt en vårdplaneringssköterska, tillika SAMSA-sköterska. De intervjuade är alla verksamma på olika vårdavdelningar. En vårdplaneringssköterska ansvarar för kommunikation och samverkan med vårdcentraler och kommuner för att tillsammans med patienten planera dennes vård- och omsorg. Vårdplaneringssköterskan deltar i vårdplaneringsmöten som sjukhusets representant. I rollen som SAMSA-sköterska ligger att vara behjälplig på vårdavdelningarna med IT-systemet SAMSA.

På vårdcentralerna intervjuades två vårdcentralerchefer, en biträdande vårdcentralerchef, en läkare och fem SAMSA-sköterskor (tillika sjuksköterskor). En SAMSA-sköterska har hand om registrering och kommunikation i IT-systemet SAMSA. I samtliga SAMSA-sköterskors roll ingår också vårdplaneringsansvar. I detta ligger ansvar för kommunikation och samverkan med sjukhus och kom-

muner för att tillsammans med patienten planera dennes vård- och omsorg. SAMSA-sköterskan deltar i vårdplaneringsmöten som vårdcentralens representant.

I kommunerna gjordes intervjuer med en verksamhetschef för hälso- och sjukvård, två enhetschefer för hemsjukvård, två biståndsbedömare, en arbetsterapeut, fyra vårdplaneringssköterskor, tillika sjuksköterskor på korttidsboenden samt en SAMSA-sköterska, tillika sjuksköterska inom hemsjukvården. En vårdplaneringssköterska ansvarar för kommunikation och samverkan med sjukhus och vårdcentraler för att tillsammans med patienten planera dennes vård- och omsorg. Vårdplaneringssköterskan deltar i vårdplaneringsmöten som kommunens representant. I rollen som vårdplaneringssköterska kan också arbete i SAMSA ingå. En SAMSA-sköterska har hand om registrering och kommunikation i IT-systemet SAMSA.

Vid fokusgruppintervjuerna deltog totalt 37 vård- och omsorgsföreträdare verksamma i Västra Götalandsregionen. Vid fokusgruppintervjuerna användes ett diskussionsunderlag med tre frågeområden. Det första handlade om nuläget och var man står idag vad gäller implementeringen av samverkanslagen. Det andra handlade om förberedelser inför lagens införande. Det tredje frågeområdet fokuserade på framtiden och utmaningarna med samverkanslagen. Under fokusgruppsintervjuerna medverkade 4 biståndsbedömare, 3 arbetsterapeuter, 7 sjuksköterskor, 8 vårdplaneringssköterskor/koordinatorer, 3 SAMSA-sköterskor, 1 socialsekreterare, 1 verksamhetscontroller, 7 enhets/områdeschefer samt 3 övriga (samordnare, projektledare, förvaltare). Majoriteten av biståndsbedömarna, arbetsterapeuterna och sjuksköterskorna har inom sin roll även SAMSA-ansvar.

Efter detta inledande kapitel som behandlar utgångspunkter, syfte och metod för studien följer i kapitel två en presentation av det empiriska materialet. Här presenteras respektive vårdgivares syn på implementering och samverkan. I det sista kapitlet förs en diskussion utifrån det empiriska materialet om hur samverkan organiseras mellan sjukhus, vårdcentraler och kommuner.

2. Vård- och omsorgsföreträdares erfarenheter av implementeringen av samverkanslagen

I det följande presenteras intervjumaterialet från de enskilda intervjuerna och fokusgruppintervjuerna som företagits med vård- och omsorgspersonal och första och andra linjens chefer på sjukhus, vårdcentraler och kommuner i tre delregionala områden i Västra Götalandsregionen. Intervjumaterialet presenteras i de tre avsnitten ”Sjukhusen i nätverk 1–3”, ”Vårdcentralerna i nätverk 1–3” samt ”Kommunerna i nätverk 1–3”. Detta eftersom intervjuutsagorna till stor del är snarlika både vad gäller delregionala områden och personalkategorier, men skiljer sig åt mellan de tre typerna av vårdgivare. I förekommande fall redovisas olika uppfattningar separat.

Intervjumaterialet presenteras i alla tre avsnitten under rubrikerna ”Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten”, Förändrad vårdplanering – SAMSA, ”Innebörden av samverkanslagen” och ”Förutsättningar för samverkanslagen”. Samverkan mellan de olika vårdaktörerna sker till stor del via avstämningsmöten och IT-systemet SAMSA och i avsnittet om förändrad vårdplanering behandlas därför uppfattningar om dessa möten liksom också uppfattningar om SAMSA. Avsnittet om innebörden av samverkanslagen handlar om de intervjuades uppfattningar om lagens innehåll. I avsnittet om förutsättningar för samverkanslagen beskrivs hur de intervjuade uppfattar den information de erhållit om lagen liksom också det stöd de erhållit för att kunna arbeta i enlighet med lagen.

2.1 Sjukhusen i nätverk 1–3

2.1.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten

Inledningsvis ska sägas att samtliga intervju personer anser att samverkanslagen och riktlinjerna är relevanta, inte minst för att samma regelverk nu gäller för alla

vårdgivare. Det påpekas att införandet av den nya lagen visserligen initialt har medfört en större arbetsbörda, men att det i det långa loppet kommer att bli en vinning för alla.

"Lagstiftningen är rätt väg att gå. Vi har olika pengapåsar och man ser till vad som är bäst för den egna organisationen och inte helheten."

"Det är bra men sedan vet jag inte om de tänker ge oss böter för att vi inte följer lagen. Vi pratar ju inte om fortkörning."

En del av vårdplaneringen sker på de så kallade avstämningsmötena, vilka tidigare benämndes vårdplaneringsmöten (och fortfarande gör inom en del områden). Mötena sker via Skype och det brukar ofta delta vårdplaneringssköterskor från sjukhusen, vårdplaneringssköterskor från vårdcentralerna och biståndsbedömare från kommunerna. Innan samverkanslagen trädde i kraft deltog även arbetsterapeuter och sjukgymnaster från kommunens sida. Det påpekas att det idag är mer fokus på patientens verkliga behov av vård- och omsorg än dennes diagnos, varför inte alla personalkategorier alltid behöver vara med. Andra menar att avstämningsmötena tar lång tid och att mötena borde kunna gå fortare när alla parter har tillgång till samma information via IT-systemet SAMSA. Alla skulle själva i systemet kunna läsa bakgrundsfakta om patienterna innan mötet så att sjukhusens vårdplaneringssköterskor inte behöver berätta om det som alla själva kan läsa sig till:

"Jag hade nog förväntat mig eftersom de får mer information från oss nu, att de kommer till avstämningsmötena och har ett förslag och vad tror ni om det. Det blir fortfarande att jag får börja med att berätta vad patienten ligger inne för och vad som hänt rent medicinskt, men det har jag ju skrivit. Det tar tid och energi."

Det framkommer också synpunkter på att sjukhusen kallar till avstämningsmöten med så kort varsel att det kan vara svårt för patienternas anhöriga att delta. "Vi säger till dem att det i morgon är en vårdplanering klockan 10, var här, och det kan vara svårt för dem att möta." Det finns enligt de intervjuade heller knappt något utrymme att ändra tiden och planera om längre. "Den tid de får gällor och kan de inte vara med på plats får de vara med på telefon."

De intervjuade berättar också att de tycker att samarbetet med både kommunerna och vårdcentralerna har blivit bättre, speciellt med vårdcentralerna som sjukhusen haft en sparsam kontakt med tidigare. "Vi har inte haft en dialog

med dem som med kommunen” och ”man har alltid haft en samverkan, men de har inte varit så aktiva förut”. Även om samarbetet fortfarande sägs vara trevande och inte riktigt ha funnit sina former har vårdcentralerna fått en tydligare roll i vårdkedjan. Samarbetet med kommunerna sägs ha förbättrats så till vida att dessa idag är mer angelägna att försöka få hem patienterna från sjukhusen och därför står i tätare kontakt med dessa. Det påpekas att sjukhusen arbetar mot många kommuner samtidigt. En av de intervjuade berättar att hans vårdavdelning har kontakt med hela 19 kommuner. Det berättas också att de olika vårdgivarna sedan lagens införande har fått mer insikt om varandras situation och förutsättningar och därmed ökat förståelsen för varandra. Man är idag mer insatt i varandras verksamhet.

”Man börjar tänka planering från början så att alla är med på tåget. Vi samverkar med kommun och primärvård. Förut har vi haft kontakt med primärvården genom patienternas epikriser. De har inte varit delaktiga i planeringen tidigare alls förutom epikriserna.”

”Vi har märkt att mottagaren (kommunen) är mer intresserad av vår plan. Tidigare var det mer att hör av er när ni har en plan, men nu ringer de innan vi ens hunnit träffa patienten på första rondan och vill veta när den kommer hem.”

De intervjuade pratar också om den nya lagens inverkan på helgarbetet som följd av ändrade regler för betalningsansvar. Samverkanslagen har medfört en annan beredskap på sjukhusen idag vad gäller utskrivning av patienter. Sjukhusen måste vara beredda att möta patienternas behov året om, även under helger. Patienter ska inte ligga kvar på sjukhus bara för att man inte kunnat ordna med vård- och omsorgsinsatser i hemmet under helgdagar. Det nämns i sammanhanget att personal från både vårdcentral och kommun också arbetade under julen, men att det föregicks av en hel del diskussioner från deras sida. De hade svårt att bemanna sin verksamhet under röda dagar.

Det finns dock problematiska omständigheter som gör att vårdplaneringen inte fungerar optimalt och försenar hemgången för patienterna på sjukhusen avsevärt. Ett problem är tillgången till korttidsboenden. Under intervjuerna framkommer att det kan ta lång tid för patienten att erhålla en plats på ett kommunalt korttidsboende. I vissa fall ända upp till två veckor, vilket de intervjuade tycker är helt oacceptabelt. ”Det är inte rimligt, inte minst för att det leder

till överbeläggningar med akut sjuka patienter som ligger i korridorerna” och ”på en överbelagd avdelning har vi patienter som väntat många fler dygn än tre”.

2.1.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA

En annan del av vårdplaneringen och en förutsättning för samverkan mellan olika vårdgivare är IT-systemet SAMSA. Detta upplevs inte odelat positivt. På de studerade vårdavdelningarna sköter sjuksköterskor systemet inom ramen för sin ordinarie tjänst. Respondenterna lyfter fram den arbetsbelastning det för med sig. Sjuksköterskorna går in i systemet varje dag och skriver hur patienterna mår och vad som har förändrats och det sägs vara svårt att hinna med all dokumentation. En av de intervjuade berättar att det på hans avdelning är stor omsättning av sjuksköterskor och att detta arbetsmoment troligen är en av anledningarna till det. ”Vi får mycket samtal från kommunerna och det har blivit en arbetsbelastning för sköterskorna som sitter mer i telefon och i SAMSA, än de hinner träffa patienten”, ”det tar jättemycket tid så vi gör inte det vi borde göra i SAMSA och det innebär att det blir uppskjutet för att vi inte gjort vår del” och ”vi får nästan avdela en sköterska till detta för vi kan ha 15 ärenden igång samtidigt”. Det tar också tid att bara gå in och titta i systemet och informationen där sägs inte alltid vara korrekt, med påföljd att man behöver ringa eller skicka mejl till andra vårdaktörer för att få förtydliganden.

”Sjuksköterskor får vara inne mycket och läkare eller chefer får hela tiden vara på tårna och se att ingen missat något. Om det är vi eller utsidan som missat. Vi skrev för tre dagar sedan att patienten var utskrivningsklar, varför har inget hänt? Man får dubbelkolla hela tiden.”

”Riktlinjerna säger att man ska ha ett konstant flöde åt båda håll och en löpande informationsöverföring, men det sker inte. Tid och personal räcker inte till. Det är framförallt sjukhuset som lämnar ut information, men man hinner inte gå in och skriva i ett IT-system.”

”Sköterskorna måste administrera mer. Behöver patienten insatser i hemmet måste de kontakta kommunen. Syftet är att allt utgår från patienten, men den administrativa belastningen kommer att krokna personalen.”

Några av de intervjuade menar att det är svårt att veta vad som ska dokumenteras var och att det är svårt att hitta information. Andra ondgör sig över att sjukhusets journalsystem och SAMSA inte är kompatibla och att man därför

måste dokumentera samma sak på två olika ställen, vilket är tidskrävande. Det påpekas att det är lätt att glömma bort att dokumentera samma sak på två ställen och att det hade varit önskvärt att varje gång något registreras i SAMSA samtidigt hade överförts till patientens journal. ”Det är ett hinder att SAMSA inte är en del av vår journal.” Ytterligare en av de tillfrågade menar att olika vårdavdelningar har olika rutiner när de registrerar i SAMSA och att detta också försvårar vårdplaneringen. Det påpekas dessutom att sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna använder olika journalsystem med följd att läkemedelslistor måste postas eller faxas mellan vårdgivarna. Detta tar onödig tid och patientsäkerheten kan äventyras.

”Man ska skriva i patientjournalen hur patienten mår och sedan ska jag logga in i SAMSA och skriva samma sak. Det ska skrivas två gånger fast på lite olika sätt. Vi hade svårt att hinna dokumentera innan och ska nu skriva det på två ställen.”

”I Västra Götalandsregionen har vi en splittrad IT-bild. Det är helt separata system som inte är integrerade. Även internt har vi olika journaler och system som inte är sammanlänkade.”

De två intervjuade överläkarna har ingen erfarenhet av SAMSA då de själva inte är inne i systemet. Förändringen i deras arbete ligger istället i att de så fort patienten blivit inskriven på avdelningen ska ta ställning till när denne kan bli utskriven. Detta sägs inte vara så lätt och leder ofta till korrigeringar av utskrivningsdatumet. Patienterna har olika förutsättningar och komplikationer kan inträffa. ”Min uppgift är att bestämma när patienterna är färdiga och skriva ut dem” och ”för oss läkare ska vi innan vi ens hunnit träffa patienterna ta ställning till när patienten ska gå hem”.

2.1.3 Samverkanslagens konsekvenser

De intervjuade är enhälliga i sina svar att samverkanslagen för sjukhusens del handlar om att ge patienterna den vård de behöver och tillhandahålla en säker och trygg utskrivning. Det nämns också att samverkan kring patienten mellan de olika vårdaktörerna är en grundläggande del i lagen. ”Innebörden är att man ska samverka kring vår patient och inte din och min” och ”lagen kommer göra skillnad för det blir bättre planerat för att fler aktörer har samverkansrutiner”. Det påpekas att den bakomliggande tanken bakom lagen är att patienter som inte längre är i behov av slutenvårdens resurser ska skrivas ut fortast möjligt för

att frigöra vårdplatser till akut sjuka patienter eftersom det råder överbeläggningar på sjukhus och ont om personal. Det nämns också att kommunikation är viktigt i sammanhanget så till vida att man måste åstadkomma bättre kommunikationsflöden mellan kommuner och sjukhus för att snabba upp hemgången av patienter.

"Innebörden av lagen är en trygg och säker utskrivning till och från sjukhuset. Det ska vara en bra planering inför utskrivning och säkerställa att utskrivningen blir trygg och bra för patienten. Det är helt naturligt att vi ska samverka kring detta."

Intervjupersonerna skulle under intervjuerna också beskriva innebörden av fem begrepp kopplade till samverkanslagen; inskrivningsmeddelande, utskrivningsklar, fast vårdkontakt, samordnad individuell plan (SIP) samt betalningsansvar. Inskrivningsmeddelande handlar enligt intervjupersonerna om att ange patientens diagnos och samtidigt bestämma ett preliminärt utskrivningsdatum. En överläkare säger att inskrivningsmeddelande är bra eftersom man kortfattat och på ett begripligt språk förklarar för patienterna varför de ligger inne och hur planeringen är tänkt. Vad gäller utskrivningsklar menar de intervjuade överläkarna dock att det inte är helt lätt att redan när patienten skrivs in sätta ett datum för utskrivningsklar. "Man ska idag innan man knappt ens hunnit träffa patienten ta ställning till när patienten ska gå hem" och "om jag är för snål och ger en nära utskrivning blir mottagaren stressad och om jag lägger en generös utskrivning har jag svårt att backa på den". Det påpekas i sammanhanget att varje sjukdomsförlopp är individuellt och därmed svårt att tidsbestämma.

"Min uppgift är att bestämma när patienterna är färdiga och skriva ut dem. Det kan vara svårt att sätta ett preliminärt utskrivningsdatum. Man får höfta till vad man tror för ibland är inte diagnosen klar. Man kan tycka att det är konstigt att vi ska sätta diagnos direkt när de kommer in för utredning och då har man ingen diagnos. Det får bli ett symptom. Det får ofta revideras när de legat inne några dagar."

"Jag tycker att för mycket fokus läggs på utskrivningsdatum så att detta blir målet och inte vägen dit. Vad ska vi göra för att patienten ska bli utskrivningsklar är för mig en mer relevant fråga än när är du färdig med patienten."

Också övriga intervjuade pekar på det svåra att redan vid inskrivning ange ett datum för utskrivning. Någon säger att "doktorn gissar" och fortsätter med att

konstatera att patienter reagerar helt individuellt på mediciner och behandlingar, varför det är näst intill omöjligt att ange ett korrekt utskrivningsdatum. En av sjuksköterskorna berättar i sammanhanget att man under ronderna brukar prata om utskrivningsdatumet. Man har detta invävt i rondens och intervjupersonens brukar fråga läkarna om det preliminära utskrivningsdatumet fortfarande håller.

"Utifrån våra grunddiagnoser har vi ett antal standardtider som vi anger. Kommer man in för en höftfraktur är det så och så många dagar. Sedan reviderar vi det efter första rondens."

Om fast vårdkontakt säger de intervjuade att denna person ofta är någon inom primärvården, men att det inte är helt tydligt vilken roll denna person egentligen ska ha. "Det som är svårt är att informera patienten om syftet med den personen för det är knappt vi vet det" och "vi ska informera patienter och anhöriga om det men det är svårt att veta deras syfte". Man menar att det i rollen ligger att hålla samman den enskilda patientens vårdförlopp och ge en överblick över vårdkedjan och alla som är involverade kring patienten. Några av de intervjuade säger att rollen egentligen inte är ny, men att den aldrig kommit fram riktigt och varit i skymundan i vårdförloppet.

"Den fasta vårdkontakten ska vara spindeln i nätet kring patienten. Rollen är inte ny men det blev inte så mycket av den och nu skakar man liv i den igen. Patienten ska inte behöva leta vart den ska ringa utan kan bli guidad av sin vårdkontakt."

Vad gäller SIP har respondenterna inte så mycket att säga då de inte är delaktiga på sådana möten. De påpekar att SIP sker efter det att patienten har skrivits ut från sjukhuset och ofta i patientens hem. Detta till skillnad från ett avstämningsmöte som sker medan patienten fortfarande är kvar på sjukhus. "En SIP är en mer djupgående långtidsplanering och mer förarbete med patienten", "jag har aldrig varit med om en SIP för den sker efter utskrivning" och "det är andra som tar SIP-delen, det rör inte våra patienter". Det påpekas dock att SIP som sådan är bra och utgår från patientens omvårdnads- och hjälpbehov. En av intervjupersonerna menar att precis som med fast vårdkontakt vill man nu skapa liv i SIP, som likt den fasta vårdkontakten inte är någon ny företeelse.

”Det har inte gjorts så många SIPAR. Man vill skaka liv i SIP. Det är patienten i fokus och patienten är medbestämmande och ska vara delaktig. Men det är allt förarbete och man har inte riktigt förstått vinsten med det.”

Det påpekas i sammanhanget också att samverkanslagen är otydlig vad gäller SIP och att det föreligger tolkningsmöjligheter, varför tydligare riktlinjer vore önskvärda. Likaså lyfter några respondenter fram att vårdcentralerna får ekonomisk ersättning när de gör en SIP och ställer sig frågande till detta när det inte utgår ersättning för att göra ett avstämningsmöte. Några av intervjupersonerna undrar om det möjligtvis ligger ekonomiska incitament bakom det ökade intresset hos vårdcentralerna för att genomföra SIP. ”Bland är det så att vårdcentralerna ser det som en SIP fast det inte är det och det borde granskas.”

De intervjuade är positiva till att betalningsansvaret har sänkts från fem till tre dagar då det medfört att man använder vårdplatserna på ett bättre sätt. De påpekar att det har blivit ett annat patientflöde och fler tillgängliga vårdplatser. Några nämner i sammanhanget att betalningssystemet dock har blivit svårare att förstå idag då man räknar dagarna på ett annat sätt i form av ett medelvärde av de dagar som patienten ligger på sjukhus.

”Jag är lite osäker vad som gäller nu. Man ska räkna ut ett medel och över-skrider man det ska man ha en diskussion med den kommunen. Det har tappat potens för det är mycket luddigare nu.”

Intervjupersonerna menar också att det finns risk för en försämrad vårdkvalitet när man förkortar vårdtiden, men att man gör allt för att så inte ska bli fallet. ”Behöver någon vara kvar en dag till så är de det, annars kommer de tillbaka igen till akuten.” Ytterligare andra menar att det ekonomiska systemet med olika budgetar för de olika vårdgivarna borde ses över och att man skulle vinna på att ha en gemensam ekonomi. ”Både kommuner och primärvård kan ibland tycka att sjukhuset kan ta hand om patienten ett dygn till eller göra en utredning och då är det för att de själva inte vill göra det.” Om man hade en gemensam ekonomi skulle man enligt respondenterna kunna utgå mer från patienten och komma ifrån diskussioner om vem som till exempel ska skriva ut hjälpmedel och läkemedel.

”Det borde vara mer gemensamt. Att det inte spelar någon roll vem som skriver ut rollator eller medicin. Man skulle se mer utifrån patienten ur ett ekonomiskt sätt och inte till parterna.”

Någon nämner i sammanhanget också att det är sjukhus och kommuner som har en kostnad när patienterna blir kvar för länge på sjukhuset, medan vårdcentralerna inte har någon kostnad i samband med detta trots att de också ibland är delaktiga i förseningen. ”De får inget straff om de inte gör det de ska.”

2.1.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

2.1.4.1 Information kring lagen

De intervjuade berättar att de fått både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och de tillhörande riktlinjerna och egentligen inte saknar någon information. ”Alla som jobbar inom sjukvården har via mejl och brev fått information”. Några av respondenterna påpekar dock att de skulle velat ha informationen tidigare för att kunna förbereda sig ordentligt och en annan menar att det förekom vissa tvetydigheter i informationen. De som höll i informationen sade ibland olika saker och det var svårt att veta vad man skulle förhålla sig till. Ytterligare en av intervjupersonerna påpekar att kunskapen om samverkanslagen generellt hade kunnat vara bättre på hans avdelning. Personen menar att det är en lag som kringgärdas av omfattande riktlinjer och IT-system och att det inte är så lätt att hålla sig uppdaterad inom dessa områden.

”Vi fick dispens med det nya SAMSA fram till september och hela våren visste man inte så mycket. Man skulle vilja fått information tidigare. Det lät mer som att man skulle få ett nytt vårdplaneringsverktyg, inte att det var en lag som styrde det.”

”Jag har fått tillräckligt med information men upplever att det fanns en del dubbelinformation. Olika personer som var ansvariga för att informera och hålla i informationsträffar sa lite olika saker. Vissa saker som vi trodde att vi inte skulle göra visade sig sedan att vi skulle göra.”

En annan av respondenterna påpekar att utbildning kontinuerligt borde hållas om samverkanslagen då ny personal tillkommer och det därmed finns ett ständigt behov av utbildning inom området.

2.1.4.2 Stöd i arbetet med lagen

Motivationen bland personalen att arbeta enligt den nya lagen sägs inte vara så god som man skulle önska. Anledningen är en omfattande administration som följt i lagens spår. ”Motivationen bland personalen är att de mest tycker det är

besvärligt för det tar tid.” Det poängteras att idén om att förbättra kommunikationen genom SAMSA är god men att man måste hitta lösningar som gör att administrationen inte blir så omfattande och inte heller måste dubbelföras på flera olika ställen. De intervjuade menar att de skulle behöva stöd i form av personer som kan avlasta med registreringen i SAMSA på de enskilda vårdavdelningarna så att sjuksköterskorna inte överbelastas såsom är fallet idag. På en av de studerade vårdavdelningarna har man en särskild utskrivningskoordinator som bokar och har hand om vårdplaneringsmötena i samband med patienternas hemgång från vårdavdelning. Detta innebär att ha hand om kontakter med anhöriga, kommun och vårdcentraler. På de andra vårdavdelningarna lyfter man fram behovet av sådana personer då det är ett tidskrävande arbete att ha hand om vårdplanering. ”Man behöver en utskrivningskoordinator som har kontakt med kommunerna, men det finns inga medel till det” och ”det hade behövts en tjänst till för att det verkligen ska fungera”. Några andra av de intervjuade uttrycker behovet så här:

”Det vore bra om vi hade folk som är kontaktperson. En tjänst som dokumenterar och håller i kontakten utåt. Sköterskorna är stressade och vi har en stor omsättning av dem. Vi har inga särskilda resurser för vi är ett sjukhus som ska spara extra mycket pengar.”

”Man har identifierat att det kommer att behövas en befattning som heter utskrivningskoordinator som har kontakt med kommunerna. Men det har inte tillförts några medel till det. Vi får trola med knäna. Man har insett att det innebär en ökad arbetsbörda, men har inga åtgärder för det.”

På alla tre sjukhusen har man ett sjukhusövergripande vårdplaneringsteam bestående av vårdplaneringssköterskor. Detta anses vara ett gott stöd i vårdplanering och även vad gäller frågor angående SAMSA. Teamets uppgift är att inhämta information om patientens vård- och omsorgsbehov och delge det till kommun och vårdcentral i syfte att planera patientens fortsatta behov när denne är utskrivningsklar från sjukhuset. Teamets uppgift är också att förbättra samarbetet mellan sjukhus, vårdcentraler och kommuner. Teamet ska dessutom vara ett kunskapsstöd för vårdavdelningarna och utbilda vårdpersonal i SAMSA.

”Vi har ett vårdplaneringsteam som hjälper till att lära ut systemet och är med på ronderna. Det krävs mycket hjälp och stöd på golvet. I teamet ingår

sköterskor som är kopplade till sjukhuset. Teamet har kontakt med kommunerna men är sjukhusövergripande och inte enhetsbundet.”

De intervjuade är överens om att det behövs avlastning vad gäller registrering i SAMSA och administrering av vårdplaneringsmötena.

2.1.5 Sammanfattning sjukhusen

Samtliga intervjupersoner på sjukhusen menar att samverkanslagen och tillhörande riktlinjer är relevanta och ändamålsenliga. Vad gäller vårdplaneringen diskuterades denna utifrån avstämningsmöten och IT-systemet SAMSA. Avstämningsmötena sker idag oftast via Skype. Detta upplevs problematiskt då sjukhusen inte känner till patienternas hemförhållanden på samma sätt. Man lyfter också fram att samarbetet med både vårdcentraler och kommuner har blivit bättre så till vida att vårdcentralerna har fått en tydligare plats i vårdkedjan genom att inneha rollen som fast vårdkontakt och kommunerna står i tätare kontakt med sjukhusen för att få hem patienterna fortare. Till följd av lagen måste man idag också kunna skriva ut patienter under helger och storhelger och således ha beredskap för detta. En problematik i sammanhanget är tillgången till kommunala korttidsboenden som kan försena hemgången. Vad gäller IT-systemet SAMSA framkommer synpunkter på att sjukhusens journalsystem och SAMSA inte är kompatibla med dubbeldokumentation som följd. Dessutom använder sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna olika journalsystem med följd att läkemedelslistor måste postas eller faxas mellan vårdgivarna.

Vad gäller innehållet i lagen sägs denna i stort innebära att ge patienterna den vård de behöver och tillhandahålla en säker och trygg utskrivning. Samverkan kring patienterna mellan de olika vårdgivarna lyfts också fram som en grundläggande del av lagen. Om innehållet i lagen utifrån fem begrepp säger de intervjuade på sjukhusen följande: Inskrivningsmeddelande handlar om att ansvarig läkare ska ange patientens diagnos och ett preliminärt utskrivningsdatum inom 24 timmar efter inskrivning. Detta anses svårt då varje sjukdomsförlopp är individuellt. Utskrivningsklar handlar om att läkaren bedömer att patienten är klar för utskrivning. Fast vårdkontakt utgörs ofta av någon inom primärvården men det är inte helt tydligt vilken roll denne ska ha. I rollen ligger att hålla samman den enskilda patientens vårdförlopp. Om SIP har respondenterna inte så mycket att säga om då de inte är delaktiga på sådana planeringsmöten. De lyfter fram att samverkanslagen är otydlig vad gäller SIP. Betalningsansvaret

som ändrats från fem till tre dagar upplevs vara positivt då patientflödet har förbättrats med följd av vårdplatserna utnyttjas bättre.

Förberedelserna inför lagens införande har fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer och man säger sig inte sakna någon information. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs på sjukhusen dock inte vara så god som man önskar och en av anledningarna till detta är den ökade administration som följt i lagens spår. Vad gäller det stöd man erhållit för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen anses det sjukhusövergripande vårdplaneringsteam som finns på alla tre studerade sjukhusen vara ett gott stöd, men man önskar även stöd i form av SAMSA-sköterskor och utskrivningskoordinatorer på vårdavdelningarna. På fyra av de fem studerade vårdavdelningarna sköter sjuksköterskor IT-systemet SAMSA inom ramen för sin ordinarie tjänst, varför man efterfrågar avlastning.

2.2 Vårdcentralerna i nätverk 1–3

2.2.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten

Samtliga respondenter anser att samverkanslagen och riktlinjerna är relevanta då de är tvingande, sätter patienten i centrum och alla måste följa dem. Det blir enhetligt för alla involverade parter. De intervjuade berättar också om avstämningsmötena, som förut hette vårdplaneringsmöten, och som utgör en del av vårdplaneringen. De berättar att kommunerna tidigare hade särskilda vårdplaneringsteam som åkte ut till sjukhusen och genomförde vårdplaneringen där. Vårdcentralerna hade då en mer begränsad roll i sammanhanget. Nu deltar vårdcentralerna i större utsträckning på mötena som ofta sker via Skype. ”Förut vårdplanerade man på sjukhuset och åkte fysiskt dit som biståndshandläggare och sjuksköterska i hemvården, men nu är det vi som är grunden i vården.”

Respondenterna berättar under intervjuerna också hur de upplever att samarbetet med kommuner och sjukhus har påverkats av lagens införande. Enligt respondenterna har samarbetet med sjukhusen ökat sedan lagens införande. De menar att deras respektive vårdcentral under årens lopp till största delen har samarbetat med kommunen och inte lika mycket med sjukhusen, men att man till följd av samverkanslagen nu har en tätare kontakt med dessa.

”Samverkan fungerar bättre och bättre. I början var det rörigt men man kommer framåt hela tiden. De jag pratar med tycker också så, vårdplane-

ringssköterskorna i kommunen och biståndshandläggarna. Vi har aldrig haft så mycket kontakt med varandra som nu. Vi har Skype möten nu och det blir mer och mer.”

”Patienterna kommer hem snabbt. Det är aldrig så att patienten inte kommit hem på grund av vårdcentralen. Det är att hemmiljön inte är anpassad eller att hemtjänst inte kan ta emot.”

Samarbetet med kommunen upplevs också ha intensifierats så till vida att man har tätare kontakt med varandra sedan samverkanslagen infördes. På två av de studerade vårdcentralerna säger de intervjuade att samarbetet med respektive kommun fungerar mycket bra, bättre än med sjukhuset, och att detta till stor del beror på att båda vårdcentralerna ligger i anslutning till kommunhusen med följd att man snabbt och lätt kan träffas. På en av dessa vårdcentraler har man utarbetat en ny rutin för samverkan med kommunen innebärande att man varje morgon har ett Skype-möte tillsammans där man stämmer av olika patientangelägenheter.

”Vi har vårdplanering varje dag med kommunen och stämmer av. Man ring-er varandra mycket. På morgonen skypar vi och sedan är det SAMSA man skriver i. Innan lagen kom var det mer kommunen som ägde ärendena. Vårdcentralen hade inte så mycket ansvar då.”

På de två andra vårdcentralerna (som båda två ligger i samma kommun) har man också tätare kontakt med kommunen, men tycker det är svårt att hinna med alla avstämningsmöten då man inte har tillräckligt med personal att avvara. Tiden räcker helt enkelt inte till för all vårdplanering som måste göras. Man måste därför prioritera vilka möten man deltar i, men poängterar att man alltid är tillgänglig på telefon. ”Är det bara heminsatser får de ha möten utan oss, trösklar hemma eller en dag hemtjänst till, där drar vi gränsen.” En av de intervjuade menar också att det är oklart vem som egentligen ska kalla till avstämningsmötena och att det brukar vara den som ser ett behov som kallar samman till möte.

”Förutsättningar för att samverkan ska fungera bra är att personerna som har hand om det har tid avsatt för det. Att alla kan samtidigt. När man ska boka in ett möte är det bekymmer och nu är det väldigt mycket möten.”

"Jag önskar att jag haft mer tid att göra så som man ska göra. Jag skulle vilja vara med på alla Skype-möten, men verksamheten här är inte anpassad efter det. Vi är inte så många huvuden här."

Under intervjuerna pratades det också om de ändrade reglerna för betalningsansvaret från fem till tre dagar, vilket har medfört ett helt annat krav på beredskap på vårdcentralerna då patienter skrivs ut från sjukhus även under helger och storhelger. De intervjuade påpekar att man har tre dagar på sig att planera för patienten från det att sjukhuset varslat att denne är utskrivningsklar och att det är mycket som ska hinna ordnas under denna korta tid. Sjukhuset kan inte skriva ut patienten innan de vet att det finns hemsjukvård och annat ordnat. Detta medförde att man på vårdcentralerna arbetade både den 23:e och 30:e december för att säkra hemgång av patienter på julafton och nyårsafton.

"Man har inte lika många dagar på sig längre. Är det långhelg på 5 dagar klarar inte lagen det och man måste ha någon som jobbar under helgen. Alla har inte tänkt på detta och att man måste ordna någon som jobbar på helgen. Under julhelgen har vi tänkt på detta. Sjukhusen jobbar ju dygnet runt men kommunen ställs ju inför detta också. De måste ha en biståndsbedömare i beredskap."

På den ena vårdcentralen uppstod mycket diskussioner kring helgarbete. En av de intervjuade därifrån påpekar att både sjukhus, vårdcentral och kommun nu måste ha beredskap för att uppfylla lagens intentioner. Det får inte förekomma att patienter inte kan bli utskrivna för att kommuner eller vårdcentraler inte kunnat ordna med behövliga insatser. Intervjupersonen påpekar att en vårdcentral behöver sin personal måndag till fredag och har svårt att bemanna helger. Den aktuella vårdcentralen har därför börjat samarbeta kring helgbemanning med en annan vårdcentral så att man hjälps åt med personal. Man lånar helt enkelt personal av varandra under helgerna.

2.2.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA

Vårdplaneringen sker idag till stor del via IT-systemet SAMSA. De intervjuade påpekar att en grundläggande förutsättning för att samverka mellan olika vårdgivare ska bli bra är att informationsöverföringen mellan dem fungerar. SAMSA som sådant anses vara ett bra IT-system eftersom man tydligt ser vem som gör vad i vårdkedjan, men hanteringen av systemet har enligt intervjupersonerna sina brister. En av anledningarna till detta sägs vara bristande kunskap

hos den personal som registrerar i SAMSA-systemet på sjukhusen då dessa ofta är undersköterskor och saknar den medicinska expertis som en sjuksköterska har. Informationen är mer av journalanteckningar och daganteckningar men sådan information önskar inte vårdcentralerna. De vill ha information om vad patienten behöver för vård och omsorg efter sjukhusvistelsen. Man får då försöka komplettera informationen på annat sätt och det tar onödig tid. En annan anledning är att sjukhusen ibland glömmer att skicka remisserna till vårdcentralen när insatser därifrån behövs. Det räcker enligt de intervjuade inte att enbart skriva i SAMSA och sedan skicka patienten från sjukhuset till vårdcentralen. Ska vårdcentralen följa upp något hos den aktuella patienten måste sjukhuset även skicka patienternas remisser i sedvanlig ordning.

Ännu ett hinder som lyfts fram i sammanhanget är att vårdcentraler, sjukhus och kommuner inte använder samma journalsystem, varför man inte alltid har tillgång till aktuell läkemedelslista. När patienterna är utskrivningsklara ska sjukhusen skicka remiss på fortsatta åtgärder till vårdcentralerna samt aktuell läkemedelslista. På grund av de olika journalsystemen kan detta inte ske elektroniskt utan remisser och läkemedelslistor måste skickas per fax eller post, vilket inte sällan leder till att patienten kommer hem före vårdcentralen fått remissen och läkemedelslistan. De olika journalsystemen anses också äventyra patientsäkerheten i det att vårdgivarna inte ser varandras ändringar av mediciner, vilket kan få allvarliga konsekvenser.

"Samverkan krånglar på grund av läkemedelslistor, framförallt på sjukhuset. När patienten skrivs ut stämmer inte listan med kommunens lista. Sjukhusen skriver egna medicinlistor och använder inte Pascal. Om patienten kommer in på sjukhus kan det vara att de har en gammal läkemedelslista och använder den. Där det blir mest fel är kring mediciner."

"Hoppas att lagen ska leda till att det blir mer patientsäkert för man jobbar ju för patientens bästa. Det måste bli mer patientsäkert än idag med läkemedelslistorna."

Det påpekas att vårdcentraler, sjukhus och kommuner har möjlighet att gå in i varandras journalsystem med tillåtelse av patienten enligt NPÖ (Nationell patientöversikt), men att det är ett alltför krångligt förfarande. Respondenterna berättar i sammanhanget att man om några år ska få samma journalsystem så att remisser och läkemedelslistor kan skickas elektroniskt och bli enhetliga.

2.2.3 Samverkanslagens konsekvenser

De intervjuade är överens om att samverkanslagen handlar om att ge patienterna en trygg och säker vård i alla led från inskrivning till utskrivning. Detta ska erhållas genom en ökad samverkan mellan olika vårdgivare och bättre kontroll över patienterna, där SAMSA har stor betydelse. Det påpekas i sammanhanget att lagen innebär att vårdcentralerna har fått ett större ansvar i samband med att patienten skrivs ut från sjukhus. Förut var det mer fokus på sjukhus och kommun vid utskrivning. Lagen handlar också enligt intervjupersonerna om att tiden som patienten vistas på sjukhus ska förkortas så att vårdplatserna utnyttjas bättre. Man pratar här om att effektivisera förloppet på sjukhuset så att patienterna inte ligger kvar i onödan eftersom vårdplatserna är begränsade.

"Innebörden i lagen är att det går mot det personcentrerade hållet. Det är individen som sätts i fokus och vi får planera runt det och inte tvärtom. Patienten ska inte drabbas av att det administrativa kommer i vägen. Nu har sjukhusen vissa kriterier de ska uppfylla innan de skickar hem patienten. De kan inte bara skicka hem och hoppas att det går bra. Det hände oftare förr."

"Jag hoppas att lagen ska leda till att patienten hamnar i centrum och att akutsjukvården och specialistklinikerna kan ägna sig åt det de ska ägna sig åt. När det inte finns en medicinsk indikation ska de hem. Annars bli de ligande i korridorer och personal slutar."

Under intervjuerna blev respondenterna också ombudda att beskriva innebörden av fem begrepp som är kopplade till samverkanslagen; inskrivningsmeddelande, utskrivningsklar, fast vårdkontakt, SIP samt betalningsansvar. Vad gäller inskrivningsmeddelande berättar de intervjuade att detta visar att en patient blivit inlagd på en sjukhusavdelning, orsaken till inläggningen samtidigt som ett preliminärt utskrivningsdatum ska anges av ansvarig läkare. Inskrivningsmeddelandet är startskottet för vårdplaneringen.

"Inskrivningsmeddelande kommer från sjukhuset inom 24 timmar efter att patienten blivit inlagd. Så att vi vet att arbetet ska påbörjas. När patienten blir inskriven lägger de samtidigt ett planerat utskrivningsdatum och det är det som vi har som riktlinje när vi börjar vår planering. Det flyttas ofta fram. Man får avboka avstämningar och boka in nya."

"Det ska gå fort. Så fort patienten är inskriven ska de tänka hur länge den ska ligga inne och vad behöver den när den kommer hem. Vi ser vad sjukhus och kommun skriver att patienten behöver. Då kanske vi skriver att det behövs planeras för patienten inläggande."

Utskrivningsklara handlar enligt respondenterna om att ansvarig läkare anger ett datum då patienten är klar för hemgång. De intervjuade påpekar det besvärliga i att utskrivningsdatumet inte alltid ligger fast utan kan ändras. Ett ändrat utskrivningsdatum medför extra arbete för vårdcentralen som kan ha ordnat med vård och omsorg för patienten och sedan måste återkalla detta för att göra om hela proceduren igen några dagar senare.

"Det är ett beräknat datum och flyttas ofta fram. Man får gå in och titta under dagen. Man ser ungefär vad som händer. Om man får antibiotika intravenöst kommer man inte hem den dagen och det flyttas fram."

"De sätter utskrivningsdatum och det rubbas fram och tillbaka. Det är inte lätt då när vi ska boka avstämning. Ena dagen står man fullt förberedd att ta emot patienten och andra dagen skjuts det fram en vecka."

Fast vårdkontakt är enligt de intervjuade en läkare eller sjuksköterska. På två av vårdcentralerna är det ofta en läkare. "Här är det ofta en läkare för de flesta patienterna är inskrivna i hemsjukvården och då har de redan en läkarkontakt." På de båda andra vårdcentralerna är fast vårdkontakt ofta en SAMSA-sköterska. Detta med anledning av att det enligt de intervjuade är svårt att få läkare att utföra uppgifter som inte är omedelbart vårdrelaterade. De vill ofta inte göra annat än direkt patientarbete och ogillar administrativa uppgifter. "Den fasta vårdkontakten är en sköterska för den ska kalla till SIP och det är ingen läkare som vill göra det." Några av de intervjuade menar att öppenvårdsmottagningarna vid sjukhusen inte fullgör sina åtaganden lika bra som vårdcentralerna vad gäller fast vårdkontakt. "De är dåliga på att lägga sig som fast vårdkontakt."

Vad gäller SIP menar respondenterna att SIP är bra för patienternas del då dessa får träffa de berörda vårdgivarna, men att ett sådant möte också är tidskrävande eftersom det medför många förberedelser. Medan avstämningsmöten hålls innan patienten kommit hem från sjukhuset, hålls SIP efter sjukhusvistelsen, antingen hemma hos patienten eller på vårdcentralen. Den ska helst ske i hemmiljö så att man ser hur patienten fungerar i sitt hem för att kunna bedöma behovet av hjälpmedel. Det påpekas att både sjukhus, kommun och vårdcentral

kan kalla till SIP. Den som ser ett behov kallar, men de intervjuade påpekar att sjukhusen sällan gör det eller ens är med på SIP. Några menar i sammanhanget att det måste finnas ett syfte med en SIP och att alla sådana möten egentligen inte är motiverade. Det anses vara problematiskt att göra en uppföljning av SIP. En av anledningarna till det är att samma aktörer som var med på det första mötet även ska delta i det uppföljande mötet. Från vårdcentralerna är det ofta SAMSA-sköterskor som representerar vårdcentralen på SIP. Från kommunernas sida deltar ofta en vårdplaneringssköterska, en biståndsbedömare och någon från rehabilitering.

"SIP är bra för patienten men det tar mycket tid. Kan vi göra den i kommunen slipper de åka så långt. Ibland görs den på sjukhuset eller hemma."

"Doktorerna här har också gjort några SIPAR som de kallat till. Det måste finnas ett behov av en SIP annars är det bortkastade resurser. Ibland ringer man patienten och frågar hur det går och det går bra och då bokar man ingen SIP. På SIP är kommun och vårdcentral med, inte sjukhuset. Ibland har jag med mig en biståndsbedömare, ibland hemsjukvården och ibland åker jag själv."

Enligt de intervjuade är SIP egentligen inte något nytt då man även tidigare haft vårdplanering tillsammans med personal från kommun samt patienter och anhöriga efter sjukhusvistelse. Det sägs dock finnas frågetecken relaterade till hos vilken vårdgivare ansvaret för patienten egentligen ska ligga när en SIP har genomförts. Enligt respondenterna kan ansvaret tolkas på olika sätt och uppföljningen av patienterna måste förtydligas så att rätt vårdgivare fullgör sitt ansvar.

Angående betalningsansvaret menar de tillfrågade att detta egentligen inte berör dem så mycket då det är kommunen som är betalningsansvarig för patienterna. "Jag märker ingen skillnad för vi har inget med betalning att göra." De berättar om de nya reglerna innebärande att betalningsansvaret inträder efter tre dagar istället för fem och att de tre dagarna inkluderar helger." Man kan inte skriva ut från sjukhuset innan man vet att det finns hemsjukvård och annat ordnat." En av de intervjuade berättar att kommunen ofta har ont om korttidsplatser och därför köper externa sådana platser för att kunna klara tre-dagarsgränsen.

"Här är alla väldigt medvetna om sin ekonomi. Alla måste gå ihop sig. Det är kommunerna som får betala om patienterna ligger kvar på sjukhus. Det

händer att de får ligga kvar i flera veckor för att det inte finns platser. Det har lagen förbättrat.”

Respondenterna påpekar att de nya reglerna för betalningsansvaret inte bara har med ekonomiska aspekter att göra. Det gagnar också patienterna då det enligt intervjupersonerna inte är helt ovanligt att patienter drabbas av infektioner om de ligger kvar på sjukhus en längre tid. Betalningsansvaret handlar således om patienternas säkerhet också.

2.2.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

2.2.4.1 Information kring lagen

De intervjuade berättar att de har fått både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och de tillhörande riktlinjerna. Överlag är de nöjda med informationen. En av dem är dock osäker på om hon verkligen fått information om riktlinjerna och tycker inte att informationen hon erhållit varit tillräckligt omfattande. En annan är heller inte helt nöjd med informationen och menar att hon saknar en gemensam utbildning i SAMSA. ”Det borde finnas någon slags grundutbildning inom SAMSA.” Samma intervjuperson menar att hon fått lära sig SAMSA själv efter hand. Den intervjuade läkaren har blivit informerad skriftligen om samverkanslagen och säger sig inte ha blivit kallad till ett möte, men att detta inte är något hon saknat då lagen inte har påverkat hennes arbets-situation i någon större utsträckning. ”Lagen har inte inneburit något annat än att jag ser en rad i journalen att patienten är inlagd och att den är utskriven och vad som bestämts kring detta.” En annan av intervjupersonerna säger så här om informationen kring samverkanslagen:

”I början gick vi ut och läste själva. Vår chef hade en träff och visade var vi kunde hitta det här. Jag har varit på olika utbildningstillfällen i Skövde, dialogmöten och annat. Den första dagen var det svårt att förstå och man har lärt sig eftersom och det har satt sig. Bekymret var att ingen riktigt visste hur man skulle hantera det. Nu har vi kommit igång.”

Några av de intervjuade menar att det skulle behövas mer utbildning på sjukhusen om samverkanslagen så att personalen där skulle förstå de olika processstegen i utskrivningen bättre. Inte minst läkarna måste enligt intervjupersonerna förstå sin viktiga roll i vårdplaneringen i egenskap av att ange datum för utskriv-

ningsklar. De måste också fås att förstå hur mycket merarbete det blir för vårdcentraler och kommuner när ett utskrivningsdatum ändras flera gånger.

2.2.4.2 Stöd i arbetet med lagen

Motivationen bland personalen att arbeta enligt samverkanslagen upplevs vara god. Det påpekas att det egentligen inte står så mycket nytt i lagen. ”Egentligen är det som det var innan fast SAMSA ser annorlunda ut och man har lagt till ett SIP-spår” och ”man planerar på samma sätt kring patienten som man gjorde innan”. En annan av respondenterna menar att lagen är bra så till vida att den medför ekonomiska konsekvenser för kommunerna så att dessa snabbar upp hemgången från sjukhuset, men att det finns negativa effekter i det att inte alltid patientens bästa kommer i första hand. ”Det krävs ekonomiska följder annars görs det inte, men tyvärr är det inte alltid patienternas välbefinnande som går i första hand utan ekonomin i kommunerna.”

På frågan om de intervjuade upplever att de har tillräckligt med stöd för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen menar den intervjuade läkaren att hon inte behöver något särskilt stöd eftersom lagen inte medfört några direkta förändringar i hennes arbete. Hon har inte fått mer att göra. Snarare gäller det omvända förhållandet eftersom läkarna i det gamla SAMSA-systemet satt och skrev in uppgifter, vilket de inte gör idag då särskilda SAMSA-sköterskor har hand om det.

”Jag behöver inget stöd för det är de här sköterskorna som har hand om detta och deltar i vårdplaneringsmöten. Jag läser bara en rad i journalen. Lagen har inte påverkat mitt arbete på något sätt.”

Några av respondenterna, som inte är läkare, påpekar att samverkanslagen har tagit mer resurser i anspråk än vad man trodde från början. Man förstod inte vidden av det arbete som krävs för vårdplanering med allt från registreringsuppgifter till avstämningsmöten.

”Jag hade behövt mer tid men tiden finns inte. Vi ska göra det här men man har inte fått mer pengar eller tid. När jag gör detta mer gör någon annan något annat mindre. Det behövs mer tid.”

På samtliga studerade vårdcentraler har man SAMSA-sköterskor som har hand om registrering och kommunikation i IT-systemet SAMSA. Dessa personer har även vårdplaneringsansvar. Den ena vårdcentralen är kopplad till ett särskilt vårdplaneringskansli som hjälper ett antal vårdcentraler inom ett geografiskt

område med vårdplanering och SAMSA. Dit kan man vända sig med frågor och få god hjälp enligt intervjupersonerna. På de andra vårdcentralerna har man ingen koppling till något vårdplaneringskansli. De intervjuade på alla fyra vårdcentralerna menar att det finns tillräckligt med stöd för att kunna arbeta i enlighet med den nya lagen och att det finns personer att vända sig till om man har frågor angående samverkanslagen och SAMSA. De saknar inte något stöd i sammanhanget.

2.2.5 Sammanfattning vårdcentralerna

Samtliga intervjupersoner på vårdcentralerna menar att samverkanslagen och tillhörande riktlinjer är relevanta och ändamålsenliga. Vad gäller vårdplaneringen diskuterades denna utifrån avstämningsmöten och IT-systemet SAMSA. Vårdcentralerna lyfter fram att de blivit mer delaktiga i vårdplaneringen och att samarbetet med sjukhusen har ökat, medan de förut mest samarbetat med kommunerna. Avstämningsmötena sker idag ofta via Skype men det anses svårt att hinna med alla möten då personalen på vårdcentralerna inte har tillräckligt med tid. Till följd av lagen måste sjukhusen idag också kunna skriva ut patienter under helger och storhelger och vårdcentralerna ha beredskap för detta. De tre dagar man har på sig att planera för hemgången är inte alltid tillräckligt för att ordna med behövliga vårdinsatser som hemsjukvård. En av de studerade vårdcentralerna har därför börjat samarbeta kring helgbemanning med en annan vårdcentral. Vad gäller IT-systemet SAMSA framkommer synpunkter på att sjukhusen inte alltid uppdaterar informationen i systemet snabbt nog med påföljd att vårdplaneringen försenas. Informationen är mer av journalanteckningar om åtgärder som vidtas på patienten sjukhuset och inte som önskvärt vad patienterna behöver för vård och omsorg efter sjukhusvistelsen. Likaså fungerar inte överföringen av patienternas remisser från sjukhus till vårdcentral alltid så bra. Sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna använder också olika journalsystem med följd att de olika vårdgivarna inte har tillgång till samma läkemedelslista som istället måste postas eller faxas.

Vad gäller innehållet i lagen innebär denna i stort att ge patienterna en trygg och säker vård i alla led från inskrivning till utskrivning. Detta ska erhållas genom en bättre samverkan mellan olika vårdgivare. Om innehållet i lagen utifrån fem begrepp säger de intervjuade i kommunerna följande: Inskrivningsmeddelande visar att en patient blivit inlagd på sjukhus, orsaken till inläggningen och ett preliminärt utskrivningsdatum. Utskrivningsklar kan bli besvärligt när utskrivningsdatumet ändras då det medför extra arbete för personalen. Fast

vårdkontakt kan vara både en läkare eller sjuksköterska, vilket ser olika ut på vårdcentralerna. SIP är tidskrävande då en sådan vårdplanering kräver många förberedelser och är också förenad med svårigheter vad gäller ansvarsgränser och uppföljning. Betalningsansvaret menar intervjupersonerna berör inte dem så mycket då det är kommunerna, och inte vårdcentralerna, som är betalningsansvariga för patienterna.

Förberedelserna inför lagens införande har fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om lagen och tillhörande riktlinjer och de intervjuade tycker inte att det saknas något i den vägen. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs på vårdcentralerna vara god. Vad gäller det stöd man erhållit för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen menar samtliga intervjuade att de har tillräckligt med stöd. På alla vårdcentralerna har man SAMSA-sköterskor som har hand om registrering och kommunikation i IT-systemet SAMSA. Den ena vårdcentralen är dessutom kopplad till ett särskilt vårdplaneringskansli som hjälper till med vårdplanering och SAMSA-systemet.

2.3 Kommunerna i nätverk 1–3

2.3.1 Förändrad vårdplanering – avstämningsmöten

Samtliga respondenter anser att lag och riktlinjer är relevanta i sammanhanget. Inte minst för att lagen är tvingande och medför att sjukhus, vårdcentraler och kommuner helt enkelt måste samverka kring patienten. Lagen och riktlinjerna medför också att alla får samma förhållningsregler, varigenom man hoppas undvika att de olika vårdaktörerna var och en gör på sitt sätt. Enhetlighet anses vara betydelsefullt.

”Riktlinjerna är relevanta och enkla att följa. Man tvingas rätta sig i ledet. Det går inte att säga att det här har vi inte tid med. Lagen behövdes för att få med alla tre parter i samarbetet.”

”Omsorgspersonalen som är ute och jobbar berörs inte så mycket men enhetscheferna och teamledarna, distriktssköterskorna och biståndsbedömarerna. Man har förstått att detta är ett mer effektivt sätt att jobba på. I början var det upprörda känslor bland distriktssköterskorna hur man skulle hinna med.”

De intervjuade berättar att man innan samverkanslagen trädde i kraft hade vårdplaneringsmöten, som nu kallas avstämningsmöten, på sjukhuset och att det då fanns ett särskilt vårdplaneringsteam i kommunen som åkte till sjukhuset och gjorde vårdplaneringarna där. I vårdplaneringsteamet ingick sjuksköterska, biståndsbedömare samt arbetsterapeut eller sjukgymnast. Man fick enligt intervjupersonerna då träffa patienten på ett helt annat sätt även om det gick åt mycket tid att åka. ”Det var inte effektivt, men då kändes det bra att träffa patienterna ansikte mot ansikte.” Idag sker avstämningsmötena ofta via Skype med mindre personal närvarande. Det framförs synpunkter på att rehabilitering har svårare att komma in i vårdplaneringsprocessen idag och att en anledning till det är att sjukhusen förbiser dem i planeringen så till vida att de helt enkelt glömmar bort dem. Samma tendenser kan man se vad gäller olika typer av hjälpmedel vid funktionsvariation som också tenderar att bli bortglömda. Några av de intervjuade berättar i sammanhanget om de särskilda hemgångsteam som finns i en del kommuner och som erbjuder den enskilde stöd i hemmet efter sjukhusvistelsen. Teamet möter upp patienten i hemmet och gör en bedömning av vilka insatser som behövs.

”Vi (arbetsterapin) är med mindre idag än när vi vårdplanerade på länsjukvården. Jag känner att vi får göra mer insatser som inte var planerade, utan dyker upp när patienten kommer hem. Förut var vi med på sjukhuset på vårdplaneringen och satt med patienten.”

Intervjupersonerna berättar att representanterna från sjukhuset på avstämningsmötena utgörs av vårdplaneringssköterskor som ofta är undersköterskor. I två av de studerade kommunerna menar de intervjuade att dessa sköterskor inte alltid har tillräcklig kunskap om patienternas medicinska tillstånd. En av dem säger att det hänt att undersköterskorna bara har läst innantill ur journalerna under mötet och att detta inte räcker som ett fullgott underlag. Det poängteras att man måste få träffa rätt profession och att det känns respektlöst att inte få göra det då det innebär extra arbete att söka ytterligare information. Dessutom känns det enligt de intervjuade inte alltid heller rätt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

”Man har lagt ut vårdplaneringen på undersköterskor och vi har bråkat ganska mycket från kommunen. Då kan vi skicka in vaktmästaren.”

De intervjuade är överens om att samarbetet med vårdcentralerna har ökat så till vida att dessa blivit mer och mer involverade i vårdplaneringen sedan sam-

verkanslagen infördes. Det berättas att man innan lagen knappt hade någon kontakt alls med vårdcentralerna och saknade förståelse för deras arbetssätt och behov. Nu ser och förstår man vårdcentralens roll på ett helt annat sätt. ”Förut var jag mer drivande och bokade vårdplaneringar men nu ska vårdcentralen vara den kontakten”, ”innan lagen såg man inte röken av vårdcentralen överhuvudtaget” och ”jag upplever att det går åt rätt håll gällande vårdcentralerna för vi har tätare kontakt nu”. Den intervjuade SAMSA-sköterskan påtalar att hon dagligen kommunicerar med vårdcentralerna nu och jämför med hur det var förut då det var svårt att komma i kontakt med personalen där.

I den ena kommunen framkommer synpunkter på att vårdcentralerna tar alltför lång tid på sig att kalla till avstämningsmöten/vårdplaneringsmöten. För kommunen är det viktigt att mötena äger rum snabbt eftersom betalningsansvaret träder in tre dagar efter det att patienten är utskrivningsklar. Detta sägs vårdcentralerna inte riktigt hänsyn till utan vill ha vårdplaneringsmötena på särskilda fasta dagar i veckan. De intervjuade påpekar också att de var irriterade på vårdcentralerna i samband med lagens införande då dessa inte riktigt förstod hur mycket tid vårdplanering tar. ”De trodde de kunde avsätta en eftermiddag till sin vårdplanering.” Nu sägs vårdcentralerna dock vara med på ett annat sätt och förstå sin roll bättre. Respondenterna poängterar också att vårdcentralerna har olika förutsättningar att kunna delta på vårdplaneringsmöten. En del har likt sjukhusen särskilda vårdplaneringssköterskor som deltar på mötena, medan andra inte har det och därför inte alltid kan avvara personal. Vårdcentralerna är därför inte alltid representerade på vårdplaneringsmötena.

”Vi måste ta hem dem för annars måste vi betala. Det är vårdcentralen som har sista ansvaret, men det är inte de som åker på att betala. Då skulle man få kraft i det hela.”

”Jag lämnar ett förslag på tid till vårdplaneringsteamet på sjukhuset. Det måste styras efter hur det ser ut för mig för jag har ju två eller fler planeringar per dag många gånger. Vårdcentralerna har önskemål om att det ska vara två gånger i veckan, men så ser inte verkligheten ut.”

Respondenterna berättar också om de ändrade reglerna för betalningsansvar som medfört ett helt annat krav på beredskap i kommunerna. Man måste ständigt vara beredd att ta hem patienter då utskrivning från sjukhus även sker under helger och storhelger. En av de intervjuade uttrycker det som att hemtjänstpersonal och rehabiliteringspersonal ständigt ska stå standby för att ta hem

utskrivningsklara patienter. Är vårdplaneringen på en torsdag och patienten tros kunna åka hem på lördagen ska personalen kunna ta hand om patienten under helgen. Samma gäller under storhelger. ”Med den nya lagen kan man inte vara ledig röda dagar utan måste kunna vårdplanera även då”, ”om lagen ska få stuns måste man göra tydligt att alla yrkesgrupper måste arbeta röda dagar” och ”tänk om din pappa fick en hjärtinfarkt och behöver en plats men så väntar de på korttids på sjukhuset”. Ytterligare ett citat:

”Det är rätt väg att gå genom lagstiftning, men det måste komma någon som säger att man måste jobba röda dagar. Det går inte av sig självt. Det borde komma något gemensamt.”

I en av kommunerna har man haft problem med att få vård- och omsorgspersonal att arbeta under storhelger. En av respondenterna från den kommunen berättar att personalen på hennes enhet under julhelgerna gjorde förändringar i arbetsschemana för att kunna följa lagens intentioner, medan andra enheter inom kommunen inte gjorde så. Inte heller vårdcentralen gjorde detta, med följd att vårdplaneringen inte fungerade under julen.

”Enligt lagen ska vi vårdplanera på röda dagar. Sjukhuset hade bara en sköterska i tjänst så det gick ju inte att ha möte den 23:e och 30:e december. Bistånd var inte heller i tjänst och inte rehabilitering heller. De ville att vi skulle göra lättare biståndsbedömningar, men vår chef sa nej.”

I de två andra studerade kommunerna menar de intervjuade att det har fungerat bra att arbeta under storhelgerna. Dagen före julafton och nyårsafton var det bemannat under 3 timmar i dessa kommuner i fall någon patient skulle vilja ha hemgång på julafton eller nyårsafton.

2.3.2 Förändrad vårdplanering – SAMSA

Mycket av vårdplaneringen sker idag via IT-systemet SAMSA som i grund och botten uppfattas vara ett bra system då man får dagliga uppdateringar om vad som händer med patienterna på sjukhusen och vad kommunerna kan förvänta sig att patienterna behöver för vård och omsorg när de kommer hem. Förut fick man en liten sammanfattning om patientens behov strax innan man åkte och träffade patienten på vårdplaneringen på sjukhuset. Det var inte någon löpande information på samma sätt som idag. Nu har man en helt annan framförhållning och kan planera de fortsatta insatserna på ett bättre sätt. Några av intervjupersonerna uppmärksammar dock att det är lite omständigare än förut att få

uppgifter om patienterna och att det tar tid från annat att gå in i SAMSA. Det händer också ofta att man måste leta sig till information. Det poängteras dock att det är bra att alla vårdaktörer har tillgång till samma information och man säger att man fått en helt annan överblick över vårdkedjan och det som händer i den.

"Jag har alltid haft för vana att gå in och titta om vi kan få hem patienterna i tid. Det tar mer tid nu är tidigare, men det gynnar oss i arbetet för vi är mer insatta i vad som händer våra brukare. Vi har mer koll på hela processen."

"Vi får leta mer efter svaren. Förut var jag mer på plats på sjukhuset och kunde fråga. Det är lite omständigare nu. Vi ringer varandra också, men det mesta måste gå via SAMSA så att alla ska kunna se vad vi kommer fram till."

En grundläggande förutsättning för att samverka mellan olika vårdgivare ska fungera sägs vara att informationsöverföringen mellan dem fungerar. Det gäller att de olika vårdgivarna går in i SAMSA och skriver så utförligt som möjligt om den enskilde patienten och vad som händer denne. Annars blir det merarbete med att kontakta dem som inte gjort så. "Förutsättningar är kommunikation och att alla gör sina delar i systemet." I alla tre kommunerna framkommer synpunkter på att sjukhusen inte alltid sköter SAMSA på ett fullgott sätt. Som exempel ges att sjukhuspersonalen inte alltid uppdaterar patientens hemgångsdatum. "Sjukhuset är inte riktigt med på banan än för de uppdaterar inte så ofta som de borde och det blir många extra samtal för att höra om det är dags för en planering", "det som står i planeringen ska räcka för oss att göra en bedömning men vi behöver alltid påminna" och "ibland känns det som att de bara skickar ett inskrivningsmeddelande så att det är gjort bara".

Likaså påpekas det att en och samma patients utskrivningsdatum ofta ändras flera gånger under vårdtiden på sjukhuset och därmed kullkastar hela kommunens planering. En av biståndsbedömarna berättar att hon går in i SAMSA flera gånger varje dag av det skälet för att kunna vara förutseende i sin vårdplanering. Samtidigt säger respondenterna att sjukhuset inte har tillräckligt med personal för att sköta SAMSA då det är den ordinarie vårdpersonalen som ofta har hand om registreringer i systemet. Det finns inte tillräckligt med resurser för att sköta IT-systemet på ett fullgott sätt.

"Vårdavdelningssköterskorna har ingen extra tid till det, utan det ska klämmas in. Det finns vårdplaneringsköterskor, men de har hand om själva

mötet men inte SAMSA. Det är personalen på avdelningarna som sköter SAMSA. ”

Ytterligare ett hinder som påtalas av de intervjuade är att sjukhus, vårdcentraler och kommuner inte använder sig av samma journalsystem med påföljd att man inte alltid har tillgång till aktuell läkemedelslista. Listorna faxas eller postas mellan vårdgivarna, vilket medför extra arbete men främst utgör en fara för patientsäkerheten.

”Vi har det emot oss att vi inte har samma journalsystem eller samma läkemedelslistor. Nu skickas en patient in till sjukhus och en sjuksköterska skickar in listan. Sedan tittar de i journalen vad patienten hade förra gången den låg inne och får de medicinerna. De tittar inte på den listan som följde med in. När patienten skickas tillbaka får den de läkemedel den hade på sjukhuset. Det är en helt annan lista än den som skickades med från början. ”

Det framkommer också synpunkter på att läkemedelslistorna inte alltid är färdiga när patienterna ska skrivas ut från sjukhus, vilket också försvårar utskrivningen. De intervjuade påpekar att det är tröttsamt att hålla på att ringa till sjukhusen och be dem göra färdigt läkemedelslistorna. ”Jag tror inte sjukhusen förstår att vi inte har ett sådant medicinförråd som de har på sjukhusen.”

2.3.3 Samverkanslagens konsekvenser

De intervjuade är överens om att innebörden av samverkanslagen är att få hem patienterna fortare från sjukhuset i syfte att frigöra sängplatser. ”Innebörden är att det inte ska ligga några patienter på sjukhuset som inte ska vara där” och ”patienten ska få komma hem tidigare från sjukhus och inte hamna i kläm mellan olika vårdgivare”. Lagen handlar enligt intervjupersonerna också om att ge patienterna en trygg och säker vård. Man påpekar att alla ska få den vård de behöver på rätt vårdnivå och att återinläggningar på sjukhus ska undvikas. Det handlar om att säkra vårdkedjan hela vägen från inskrivning till utskrivning.

”Jag hoppas att lagen leder till en säker utskrivning. Att patienter inte skickas hem innan kontakt är tagen med kommuner. Jag önskar att det blir en säker utskrivning så att vi i kommunen och med vårdcentral och sjukhus kan ha en bättre kommunikation.”

"Jag hoppas att lagen ska leda till att patienten ska få den bästa vården. Det sker inte alltid. Det har hänt att patienten kommit hem för tidigt. Man skulle slippa att patienten åker in och ut på sjukhuset, men det händer. Vi har reagerat på varför vi har en planering med patienter som är i så dåligt skick att de inte kan svara för sig själva och vilka behov de har."

Intervjupersonerna blev också ombudda att beskriva innebörden av fem begrepp som är kopplade till samverkanslagen; inskrivningsmeddelande, utskrivningsklar, fast vårdkontakt, SIP samt betalningsansvar. Vad gäller inskrivningsmeddelande berättar de intervjuade att man via detta i SAMSA ser att det kommit in en ny patient på sjukhuset och vårdplaneringen kan börja. Av meddelandet framgår bakgrundsfakta om patienten och vilka insatser denne kan tänkas behöva från kommunen. Någon påpekar att det ibland står väldigt lite information i meddelandet med följd att det är svårt att avgöra hur mycket hjälp patienten egentligen behöver.

Utskrivningsklar handlar om att ansvarig läkare ska göra en bedömning när patienten är redo för hemgång, vilket inte anses vara helt lätt då utskrivningsdatumet ska bestämmas direkt när patienten kommer in till sjukhuset. "Det är ett preliminärt datum som man planerar hemgången utifrån" och "eftersom det ska gå så snabbt känns det som att man sätter ett datum på rutin". De intervjuade påpekar att datumet ofta ändras och att detta påverkar kommunens verksamhet. Som exempel ges att hemtjänst kan ha satt in extra personal för att klara hemgången, som sedan inte blir av. En av respondenterna menar att hon inte lägger så mycket fokus vid datumet eftersom det framstår som självklart att det inte i förväg går att veta exakt när en patient kan komma hem och att hon bara väntar på att det ska justeras.

"Vi har tre dagar på oss från det att ta hem patienten. Någon gång har de skickat utskrivningsklar och samtidigt att de behöver en vårdplanering men då blir bistånd arga. Vi ser inte så stor skillnad, men sjukhusen borde bli mer stressade. De som inte behöver så mycket insatser är det inte så stor skillnad på. Ska man ligga och vänta på en korttidsplats och det tickar pengar blir bistånd stressiga."

"Inskrivningsmeddelande och utskrivningsmeddelande får vi del av i SAMSA. Då är hela vårdplaneringen uppgjord och vi ser allt patienten behöver. Det har blivit ett mer levande dokument. Jag kan ställa frågor och får svar

som alla tre parterna ser. Det är som en kommunikationscentral. Förut var det mer att man skrev saker och kunde inte följa processen.”

Vad gäller fast vårdkontakt menar de intervjuade i den ena kommunen att det ofta är en läkare på vårdcentralen som har den rollen. ”Fast vårdkontakt är bra för då vet jag vilken doktor patienten är kopplad till och kan få hjälp med mediciner.” I den andra kommunen menar man att fast vårdkontakt ofta utgörs av en distriktssköterska på vårdcentralen och i den tredje kommunen att det är vårdplaneringssköterskor på vårdcentralerna som innehar rollen. Genom den fasta vårdkontakten vet patienten vem denne ska vända sig till när den kommit hem efter sjukhusvistelsen. Det påpekas att det egentligen inte är någon ny roll.

När det kommer till SIP menar de tillfrågade i två av kommunerna att det inte genomförs så många SIP, men att man kallar till ett sådant möte om patienten har behov av det. I den tredje kommunen menar man att det görs alltfler SIP och att detta beror på att det blivit större press på vårdcentralerna att göra en sådan i och med den nya lagen. Det framförs också synpunkter på att det kan vara motiverat genom att vårdcentralerna erhåller ersättning för att göra en SIP. En av respondenterna menar att den ena vårdcentralen i kommunen har en läkare som ”jobbar febrilt med SIP”. En annan säger att hon får känslan av att det är pengar som styr den tilltagande frekvensen av SIP och att hon deltagit i flera SIP som varit tämligen meningslösa.

”Ofta är det att vi får ifrågasätta varför och det vet de inte, men vill ha en SIP. Jag har aldrig varit med om att de kallat till en SIP förut.”

Beträffande betalningsansvaret är de intervjuade överens om att det minskade antalet dagar är bra för patienterna eftersom dessa inte ska behöva ligga kvar på sjukhus i onödan och bra även för sjukhusen som ofta har platsbrist. Förändringen har dock inneburit en ökad stress för vård- och omsorgspersonalen i kommunerna. Speciellt för dem som arbetar på korttidsboenden och med hjälpmedel då det inte alltid finns lediga boendeplatser och kan dra ut på tiden att ordna med hjälpmedel. Det anses också vara för kort tid för en patient med ett komplext vårdbehov och dessutom sägs patienterna heller inte alltid vara riktigt utskrivningsklara när de skrivs ut, vilket innebär en ökad arbetsbelastning för kommunen. Någon säger att följderna av en snabb hemgång blivit att kommunerna nästan måste bedriva akutsjukvård i hemmet.

"De är inte redo att åka hem. Det har hänt att de legat redo i sängen med blodtransfusion samtidigt. Det blir makabert. Det finns en risk med detta."

En av de tillfrågade menar att hon var tveksam till de nya reglerna för betalningsansvar men att det inte blev så besvärligt som hon trodde eftersom vårdgivarna hela tiden har kontakt med varandra i SAMSA. "Vi måste vara mer på nu för sjukhuset får information om hur många dygn vi har överstigit hemtagningen."

2.3.4 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

2.3.4.1 Information kring lagen

Respondenterna i två av de studerade kommunerna berättar att de har fått både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och de tillhörande riktlinjerna och menar att de inte saknar någon information i sammanhanget. Man har även diskuterat kring lagstiftningen på olika möten i deras respektive organisationer. De intervjuade känner sig väl förtrodda med lag och riktlinjer och tycker att informationsbiten har fungerat bra.

"Jag har inte läst lagen till punkt och pricka men vet vilka skyldigheter kommunen har. Riktlinjerna kan jag inte i huvudet men har fått del av dem. Vi har fått lathundar kring dem. Jag har bara varit på ett informationsmöte, men min kollega har överrapporterat till mig."

"Jag har informationen jag behöver. Vi har fått utbildningar och vet vem jag ska vända mig till. Vi har förberett oss länge innan det trädde i kraft. Vi har haft föreläsare utifrån och diskuterat det mer lokalt också. Det var någon från vårdsamverkan också och informerade oss."

Respondenterna i den tredje kommunen säger att informationen kring samverkanslagen inte ha fungerat så bra och att man har fått vara aktiv själv med att söka kunskap om denna. En av intervjupersonerna har fått information via mejl och har inte varit på någon utbildning. Hon har dock på eget initiativ bjudit in personer från sjukhuset som har berättat om samverkanslagen. En annan berättar att hon gått en kurs i SAMSA och den nya lagen, men dessutom fått ta reda på mycket själv. Intervjupersonen poängterar att det ofta brukar vara så att man måste vara aktiv själv med att söka information. "Det är mycket så i vården att man är självlärd i SAMSA, NPÖ och journalsystem.

2.3.4.2 Stöd i arbetet med lagen

Motivationen bland personalen att arbeta enligt samverkanslagen sägs vara bra även om inte alla var så entusiastiska när den nya lagen trädde i kraft. ”Det var kaos när den kom, då var det för mycket” och ”man var rädd för en ökad arbetsbelastning”. Nu ser man enligt intervjupersonerna betydelsen av lagen. Framförallt sägs vårdcentralerna vara med i planeringen på ett helt annat sätt än tidigare med påföljd att vårdkedjan har blivit tydligare och mer komplett. En av de intervjuade menar dessutom att man i kommunen i början inte trodde att det var möjligt att ta hem patienterna fortare än vad man redan gjorde och befarade negativa effekter, men att det faktiskt gick att snabba upp hemgången som fungerar bra idag.

De intervjuade berättar också om det stöd de erhållit för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen och tillhörande riktlinjer. Samtliga respondenter utom en menar att de har tillräckligt med stöd för att kunna arbeta efter lagen. Den person som önskar ytterligare stöd är en av biståndsbedömarna som skulle vilja gå en utbildning i SIP då hon inte riktigt kan se skillnaden mellan SIP och avstämningsmöte. Respondenterna påtalar att man har möten regelbundet och diskuterar den nya lagen och att det också finns hjälpmedel att tillgå i SAMSA. ”Kunskapen är tillräcklig i organisationen, men man måste läsa igenom riktlinjerna då och då för man har inte allt i huvudet” och ”det handlar mycket om att själv läsa och sätta sig in i reglerna”. Det påpekas att det tagit tid att sätta sig in i lagen och riktlinjerna men att det inte varit något onödigt arbete, utan högst nödvändigt för att förbättra vårdplaneringen.

”Vår helhetsbedömning på mitt arbetsställe är att det är bra. Vi har förberett oss länge och det har gått smidigt. Vi har våra chefer och sköterskor som är involverade och vi har gått utbildningar och träffas regelbundet. Man pratar om det mycket.”

I alla tre kommunerna lyfter de intervjuade fram att det finns ett gott stöd inom den egna organisationen. I två av kommunerna har man vårdplaneringssköterskor som även arbetar i SAMSA. Dessa anses vara ett gott stöd vid vårdplanering och vid frågor angående systemet. I den andra kommunen arbetar den egna personalen till stor del i SAMSA men anser sig ha ett bra stöd i Kontaktpunkten dit man kan vända sig om man behöver ytterligare stöd. ”De har koll och säger till om det inte händer något i ett ärende” och ”jag får tillräckligt stöd och vet vilka jag ska ringa till, är det något jag undrar kan jag ringa till Kontaktpunkten i kommunen.” Personalen på Kontaktpunkten ansvarar för ärendehan-

tering i SAMSA och planerar patienternas hemgång tillsammans med sjukhus och vårdcentraler.

2.3.5 Sammanfattning kommunerna

Alla de intervjuade i kommunerna menar att samverkanslagen och riktlinjerna är relevanta och ändamålsenliga. Vad gäller vårdplanering diskuterades denna utifrån avstämningsmöten och IT-systemet SAMSA. Idag sker avstämningsmötena ofta via Skype och det är inte längre lika många personalkategorier med på mötena från kommunernas sida. Förut hade kommunerna ett särskilt vårdplaneringsteam där fler personalkategorier ingick. De intervjuade menar att sjukhusen ofta glömmer att involvera kommunernas rehabiliterings- och hjälpmedelsheter i vårdplaneringen som då försenas. Likaså menar de att representanterna från sjukhusen på avstämningsmötena ofta utgörs av undersköterskor som inte anses ha tillräckligt med medicinsk kompetens. Samarbetet med vårdcentralerna anses ha ökat men dessa har inte samma uppfattningar kring former och frekvens för avstämningsmötena som kommunerna har. Till följd av lagen måste sjukhusen skriva ut patienter under helger och storhelger och kommunerna ha beredskap för detta. I en av kommunerna har man haft problem med att bemanna storhelger. Vad gäller IT-systemet SAMSA framkommer synpunkter på att sjukhusen inte uppdaterar informationen snabbt nog och därmed försenar vårdplaneringen. Sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna använder också olika journalsystem med följd att de olika vårdgivarna inte har tillgång till samma läkemedelslista som måste postas eller faxas. Inte heller är läkemedelslistorna alltid färdiga när patienterna ska skrivas ut från sjukhus.

Vad gäller innehållet i lagen är innebörden i stort att patienterna ska komma hem snabbare från sjukhus samtidigt som vården ska vara trygg och säker. Det handlar också om att samverka kring patienten. Om innehållet i lagen utifrån fem begrepp säger de intervjuade i kommunerna följande: Inskrivningsklar visar att det kommit in en ny patient på sjukhuset och vårdplaneringen kan börja. Utskrivningsklar handlar om att ansvarig läkare ska göra en bedömning när patienten är redo för hemgång. Datumet ändras ofta och påverkar därmed kommunernas verksamhet. Fast vårdkontakt är inte någon ny roll men innebär att patienten vet vem denne ska vända sig till efter sjukhusvistelsen. Vad gäller SIP menar de intervjuade i två av de studerade kommunerna att det inte genomförs så många SIP. I den tredje kommunen menar man att det görs alltfler SIP. Man nämner också att vårdcentralerna får ersättning för att göra en SIP, vilket kan vara en motiverande faktor. Betalningsansvaret som ändrats från fem

till tre dagar upplevs positivt men har också inneburit ökad stress för personalen som inte alltid lyckas ordna med platser på korttidsboenden eller förbereda hjälpmedel i hemmet.

Förberedelserna inför samverkanslagens genomförande har fungerat väl i två av de studerade kommunerna. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer och man saknar inget. I den tredje studerade kommunen är man inte lika nöjd med informationsgivning. Motivationen bland personalen att följa lag och riktlinjer upplevs i kommunerna vara god. Vad gäller det stöd man erhållit för att kunna arbeta i enlighet med samverkanslagen lyfter respondenterna i två av kommunerna fram att man i deras kommuner har särskilda vårdplaneringssköterskor som även arbetar i SAMSA. I den tredje kommunen arbetar den ordinarie personalen till stor del i SAMSA, men anser sig ha ett gott stöd i Kontaktpunkten dit man kan vända sig för ytterligare stöd.

2.4 Sammanfattning av nätverk 1–3

2.4.1 Förändrad vårdplanering

Samverkanslagen med tillhörande riktlinjer uppfattas av samtliga respondenter vara relevant för att förbättra samverkan vid vårdplanering och lagstiftning anses vara rätt väg att gå. Lagen är tvingande och medför att alla vårdgivare får samma förhållningsregler. Den nya lagen uppfattas i stort som ändamålsenlig, men det finns utmaningar med den. Det är tre vårdgivare som ska samverka kring patienten; sjukhus, vårdcentraler och kommuner. Sjukhus och kommuner har sedan tidigare ett upparbetat samarbete och nu ska vårdcentralerna hitta sin plats i detta. En viktig del i denna samverkan är vårdplaneringen som har en annan form idag. Denna typ av avstämningsmöten sker via Skype istället sjukhusen. Sjukhusen menar att man står i tätare kontakt med kommunerna nu och att vårdcentralerna har fått en större plats i vårdkedjan genom att närvara på avstämningsmöten. Väntan på korttidsboenden upplevs dock vara alltför lång. Kommunerna menar också att vårdcentralerna har blivit mer involverade i vårdplaneringen men att de inte kallar till möten tillräckligt snabbt och inte deltar på dessa tillräckligt ofta. Man tycker också att rehabiliterings- och hjälpmedelsheterorna inte involveras i tillräcklig utsträckning i vårdplaneringen. Vårdcentralerna anser själva att de blivit mer delaktiga i vårdplaneringen och att de har en utökad kontakt med sjukhusen. De menar även att de har svårt att hinna med alla möten då det är ont om personal. Alla vårdgivare framhåller att

det råder en annan beredskap på att ta hem patienter idag och att utskrivning sker vardag som helg. Från sjukhusens sida påpekas att en del vårdcentraler och kommuner har haft svårt att klara helgbemanningen. Den aktuella kommunen och vårdcentralen bekräftar problematiken och vårdcentralen samarbetar nu med en annan vårdcentral vad gäller bemanning.

SAMSA upplevs vara en viktig del i vårdplaneringen och kommunikationen mellan de olika vårdgivarna. Alla vårdgivare har tillgång till samma information, men systemet har också sina brister. På de studerade vårdavdelningarna sköter sjuksköterskor systemet inom ramen för sin ordinarie tjänst, vilket medfört en ökad arbetsbelastning. SAMSA är inte heller kompatibelt med sjukhusens journalsystem, varför man måste registrera samma uppgifter på två ställen. Kommuner och vårdcentraler upplever att sjukhusen inte alltid uppdaterar informationen i SAMSA snabbt nog med påföljd av vårdplaneringen försenas. Dessutom ändras utskrivningsdatumet ofta med stora konsekvenser för kommunerna. Likaså fungerar inte överföringen av patienternas remisser från sjukhus till vårdcentral alltid så bra. Sjukhusen har inte heller samma journalsystem som vårdcentralerna och kommunerna med följd att de olika vårdgivarna inte har tillgång till samma läkemedelslista som istället måste postas eller faxas mellan olika enheter. Allt detta fördröjer vårdplaneringen.

2.4.2 Samverkanslagens konsekvenser

Innebörden av samverkanslagen är enligt alla tre vårdgivarna i stort att ge patienterna en trygg och säker vård samt korta värdtiden på sjukhus. Detta ska ske i samverkan mellan de olika vårdgivarna. Vad gäller innehållet i lagen menar man att denna handlar om att ge patienterna en trygg och säker vård och utskrivning, samtidigt som samverkan mellan de tre vårdgivarna ska förbättras. Om innehållet i lagen utifrån fem begrepp sägs följande: *Inskrivningsmeddelande* handlar för sjukhusens del om att ansvarig läkare ska ange patientens diagnos och ett preliminärt utskrivningsdatum inom 24 timmar efter inskrivning. Det är svårt då varje sjukdomsförlopp är individuellt. För kommuner och vårdcentraler betyder inskrivningsmeddelandet att en ny patient lagts in på sjukhus och att vårdplaneringen kan börja. *Utskrivningsklar* är för sjukhusens del att läkaren bedömer att patienten är klar för utskrivning. För vårdcentralerna och kommunerna har utskrivningsdatumet ofta hunnit ändras innan patienten faktiskt är utskrivningsklar och vårdplaneringen behövt avbrytas. *Fast vårdkontakt* utgörs av en läkare eller sjuksköterska i primärvården. Denne har till uppgift att hålla samman vårdförloppet och därmed underlätta för patienten att

komma i kontakt med vårdgivare. Större ansvar läggs därmed på primärvården att bidra till en mer sammanhållen vårdkedja. SIP sker ofta i patientens hem efter utskrivning från sjukhus. Det är den fasta vårdkontakten som ska kalla till SIP. Samverkanslagen anses vara otydlig här, inte minst vad gäller vilka som ska delta på mötet. Vårdcentralerna menar att ett sådant möte kräver mycket förberedelser. Sjukhusen och kommunerna lyfter fram att vårdcentralerna får ekonomisk ersättning när de gjort en SIP och att det kan vara anledning till att SIP genomförs. Kommunernas *betalningsansvar* som nu är tre istället för fem dagar, och där man inte gör skillnad på om det är vardag eller helg när de börjar löpa, upplevs positivt av alla tre vårdgivarna eftersom patienterna inte ska ligga kvar på sjukhus mer än nödvändigt. Förändringen för kommunerna innebär att det kostar mer än tidigare att överskrida de stipulerade dagarna och att personalen måste arbeta under helger också. Det är inte alltid helt lätt att klara de tre dagarna om det inte finns lediga platser på korttidsboenden och nödvändiga hjälpmedel inte kan ordnas fram. Likaså anses tre dagar vara för lite för patienter med komplexa vårdbehov. Sjukhusen upplever att det minskade antalet dagar har förbättrat patientflödet med följd att vårdplatserna utnyttjas bättre. På vårdcentralerna har betalningsansvaret medfört att personalen även måste arbeta under helger.

2.4.3 Förutsättningar för implementering av samverkanslagen

Förberedelserna inför samverkanslagens införande har överlag fungerat väl. Det har getts både muntlig och skriftlig information om samverkanslagen och tillhörande riktlinjer till personalen på sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna. Detta har bidragit till en gemensam målbild och förtydligat ansvar och rutiner. Sjukhusen säger sig inte sakna någon information i sammanhanget och det samma gäller för vårdcentralerna. I en av de studerade kommunerna har informationsbiten inte fungerat lika bra och man hade gärna sett mer information. Motivationen att följa lag och riktlinjer upplevs på sjukhusen inte vara så god som man önskar och en av anledningarna till detta är den ökade administration som följt i lagens spår. Motivationen inom kommunerna och vårdcentralerna anses vara bra.

Vad gäller det stöd man erhållit för att arbeta efter samverkanslagen anses stödet för sjukhusens del inte vara tillräckligt på fyra av de fem studerade vårdavdelningarna. Det sjukhusövergripande vårdplaneringsteamet är ett gott stöd, men man önskar även stöd i form av SAMSA-sköterskor och utskrivningskoordinatorer på respektive avdelning. För kommunernas del gäller att två av

kommunerna lyfter fram det stöd som finns i form av vårdplaneringssköterskor som även arbetar i SAMSA. I den tredje kommunen arbetar den ordinarie personalen till stor del i SAMSA, men har ett bra stöd i Kontaktpunkten. På vårdcentralerna menar alla intervjuade att de har tillräckligt med stöd för att arbeta efter samverkanslagen. De lyfter fram SAMSA-sköterskorna på deras enheter och den ena vårdcentralen är dessutom kopplad till ett särskilt vårdplaneringskansli.

3. Den pågående implementeringens utmaningar

När vi tittar på vad som framkommer i intervjuer och fokusgrupper kan det finnas en poäng i att inledningsvis kort diskutera några framträdande aspekter som framkommer för varje huvudman. Vi gör det genom att anknyta till de förutsättningar för implementering som vi påtalade inledningsvis var viktiga att beakta vid implementeringsarbete, det vill säga förstå, vilja och kunna.

3.1 Om viljan att kunna förstå

När det kommer till förberedelserna för implementeringsarbetet, det vill säga de utbildningstillfällen som har erbjudits chefer och medarbetare samt informationsmaterial med mera är alla respondenter från såväl sjukhus som vårdcentral och kommun överens om att den information och utbildning de har fått har varit tillräcklig och givit ett underlag för att förstå intentionerna med lagstiftning och riktlinjer. I det avseendet har förberedelsearbetet fungerat väl och såväl medarbetare som chefer har den kunskap som behövs för att förbereda sig för olika insatser som ska göras i och med starten för implementeringsarbetet. Det anställs däremot återkommande ny personal och då är det inte helt klart om dessa utbildningsinsatser kommer att upprepas eller om de organiseras i någon annan form. Det kan kanske med fördel organiseras på olika sätt beroende på behovet, det vill säga gemensamt för alla som arbetar inom området och/eller hos respektive huvudman beroende på vilket utbildningsbehov som föreligger. Informationsmaterial kan enkelt finnas tillhands för nya medarbetare, finnas tillsammans i allmänhet, men också anpassas till respektive huvudman.

Sjukhusens respondenter påtalar dock en del svårigheter när det kommer till implementeringen av det nya arbetssättet. Förutsättningen är att arbetet med avstämningmöten och att samverka kring patienter nu har placerats på kliniker/avdelningar. Tidigare fanns det speciella vårdplaneringsteam. Dessa har nu istället en stödjande funktion för avdelningarnas arbete. Det verkar dock finnas en viss tveksamhet ute på avdelningarna kring detta arbete. Det är

en spridd uppfattning att arbetet med avstämningsmöten och att kommunicera patientens tillstånd via SAMSA innehåller arbetsmoment som är betungande. Det finns inte riktigt tid för att göra detta och generellt uppfattas det arbetet återkommande som en ökad administrativ börda. Det saknas helt enkelt en acceptans från professionsföreträdarna att arbeta med dessa insatser. Trots att implementering har förberetts i form av till exempel utbildning verkar det inte finnas en förberedelse av detta på vårdavdelningarna. Det kan vara så att det inte skett någon organisatorisk anpassning till de förändrade arbetsformer som behövs för arbetet enligt riktlinjerna. Det kan också vara så att det inte identifierats att det behövs förändrade arbetsformer. Det påtalas inte att det skulle vara en fråga om bristande resurser, utan det verkar snarare vara att de olika professionerna som påverkas av de nya riktlinjerna inte har accepterat dessa arbetsuppgifter.

Vårdcentralerna har verksamhet som i och med lagstiftningen och riktlinjerna fått en helt ny roll i samverkan med sjukhus och kommun. De förväntas inte bara vara med, utan framför allt ska de koordinera det gemensamma arbetet. De har således tilldelats en nyckelroll i denna nya samverkanskonstellation. Generellt har respondenterna antagit utmaningen och ser sig som en naturlig del av denna samverkan. De har också tagit på sig rollen som koordinator, men samtidigt har det funnits en del oklarheter som förmodligen går att hänföra till att vårdcentralernas uppdrag är nytt och att rollen som koordinator är ny. I det avseendet så har inte alla företrädare helt klart för sig vad uppdraget innebär och vilket ansvar som koordinatorsrollen medför i samverkan med sjukhus och kommun. En tydligt avgörande faktor för om vårdcentralerna själva uppfattar att de har klarat omställningen är beroende på om de har säkerställt att de har de personella resurser som krävs för arbetet. Det visar sig att det i många fall inte har varit så att vårdcentralerna har haft tillräckligt med personal från början eller missbedömt vilken tid och arbetsinsats koordinatorsrollen tar. Av den anledningen har en del rekryteringar inte påbörjats förrän det blivit uppenbart att det inte fungerar utan en resursförstärkning. Detta har visat sig genom att vårdcentralerna inte alltid har haft tid att medverka vid avstämningsmöten och att det emellanåt tagit för lång tid att få till avstämningsmöten. Vid en del tillfällen har detta också berott på att det inte var klart för en del sjuksköterskor som fungerat som koordinatörer att de ska medverka till att avstämningsmöten ska genomföras.

För kommunerna har de nya förutsättningarna i och med lagstiftningen blivit en utmaning då det har inneburit att tiden från utskrivningsklar på sjukhuset

till ett mottagande i kommunen ska kortas ner. Det är uppenbart att det har satt en större press på kommunerna när det kommer till deras planering i sig, men även hur de med kortade ledtider i planering ska kunna erbjuda insatser och eventuellt boende när det finns behov. Utgångspunkten är dock att respondenterna i kommunerna har accepterat de nya förutsättningarna och så att säga antagit utmaningen. Det finns inte alltid platser, men det finns inte heller mer än enstaka exempel som de själv påtalar då det inte har fungerat på grund av kombinationen av för kort om tid och ett stort vårdbehov. Här påtalas ett återkommande problem med det ändrade utskrivningsdatumet som skapar både extra arbete i det att planeringen behöver påbörjas flera gånger för samma patient, samtidigt som de behöver ha en ökad beredskapsnivå som de inte haft tidigare. Ett återkommande problem är dock att de som arbetar inom rehabiliteringen såsom arbetsterapeut och/eller fysioterapeut inte blir involverade i avstämningsmötena för patienter där det finns ett påtalat behov eller att det inte framgår av dokumentationen i SAMSA vilket behov av rehabilitering som patienten har.

Genomgående är att alla huvudmän arbetar med att genomföra och ställa om processer i enlighet med lagstiftningen och de nya riktlinjerna, men i huvudsak styrs omställningen av de behov av förändring som upptäcks efterhand bland berörda verksamhetsföreträdare. Utöver att professionsföreträdare inom sjukhusen uppfattar de nya arbetsformerna för samverkan kring patienten som en betungande administrativ process finns det hos medarbetarna hos alla de tre huvudmännen en hög acceptans för lagstiftningens intentioner.

3.2 Lokala lösningar och begränsningar i förändringsarbetet

Om förberedelsearbete med att ta fram riktlinjer för implementeringen av lagstiftningen tillsammans med utbildning och informationsmaterial varit tillfyllest i stort för alla inblandade är det lokala förberedelse- och förändringsarbetet något mer oklart. Det är nog så att det finns och har funnits ett utvecklingsarbete i samband med implementeringen, men det har varit mer av ett undantag än regel. Det finns inte något exempel där det funnits några planerade organisatoriska förberedelser uti verksamheterna utöver exempel på rekrytering av nya medarbetare eller att någon medarbetare fått uppdrag i linje med riktlinjerna. Det gäller även organisatoriska förberedelser av hur samverkan mellan de olika organisationerna ska genomföras. Vi menar att de till exempel kunnat iscensätta möten och workshops där gjorda erfarenheter av tidigare samverkan diskuterats, vad som fungerat bra och vad som fungerat mindre bra, och varför

så varit fallet. Genom att på så sätt förbereda och mobilisera en organisatorisk kapacitet kring samverkan, hade de kunnat ta sig an ovan beskrivna uppkomna utmaningar kring samverkan på ett mer proaktivt sätt. Det betyder dock inte att det inte funnits grupper som förberett implementeringen av riktlinjerna även ur perspektivet hur de kan påverka organiseringen av såväl enskilda verksamheter och enheter som samverkan mellan olika verksamheter. Det finns flera sådana utvecklingsgrupper på till exempel delregional nivå. I dessa grupper har medarbetare från verksamheten funnits med och troligtvis tagit med sig erfarenheterna från dessa, men trots det framträder inte att det inneburit att någon eller några verksamheter påverkats i sin organisering på ett tydligare sätt.

Det förändringsarbete som initierats har främst varit ett resultat av de erfarenheter som medarbetarna har gjort och gör i samband med att de ska få den nya arbetsordningen att fungera. Det medför att det efterhand utvecklas lokala lösningar som är beroende av tidigare erfarenheter, men även de lokala förutsättningarna för samverkan mellan de tre parterna och inte minst hur samverkansrelationerna sett ut tidigare. Faktorer som verkar vara framträdande för hur dessa lösningar utvecklas är beroende av individuella initiativ från enskilda chefer eller medarbetare och vilka kontakter de redan tidigare haft med chefer och medarbetare från andra verksamheter. Även vilken närhet de har till varandra lokalmässigt tillsammans med de redan befintliga samverkansformerna har en stor inverkan på hur riktlinjerna resulterar i organiseringen av samverkan.

Mycket av förberedelsearbetet för implementering har berört det IT-stöd (SAMSA) som utvecklades för att underlätta en skriftlig dokumentation, men kanske främst kommunikation mellan medarbetarna i de olika organisationerna kring patientens tillstånd. Det har medfört att detta är det verktyg som främst används för att koordinera insatser mellan aktörerna och det har därför kommit att ersätta tidigare telefonsamtal och möten. I stort så uppfattas det som ett fungerande system, men i användandet så föreligger fortfarande några grundläggande problem. Ett av dem rör innehållet i vad som skrivs om patienten, det vill säga vilken information som finns och på vilket sätt den uttrycks. Här är inte medarbetare från de olika verksamheterna överens om vilken information som är central för att de på ett enkelt och effektivt sätt ska använda den för att förbereda och genomföra sitt arbete. Ett annat problem är hur verktyget ska användas för att koordinera samverkan kring patienten mellan de olika aktörerna. Dessa två aspekter är egentligen förenade i samma fråga om hur SAMSA ska användas för att koordinera samverkan kring patienten. En annan typ av IT-stöd som inte haft någon större förberedelse eller omtanke inför

användandet är att kommunikation mellan medarbetare från olika organisationer och framför allt vid avstämningsmöten innan hemgång för patienterna har skett via Skype. Det har visat sig vara en enkel lösning när de som ska närvara inte kan finnas på plats. Baksidan har dock varit att tekniken emellanåt fungerar dåligt eftersom förutsättningar för dess funktionalitet i sjukhusmiljön inte varit tillräckligt förberedd. Till detta kommer att inte heller förberedelser för att tekniken ska fungera för patienterna och deras anhöriga varit tillräckligt.

Den korta tidshorizonten vid vårdplaneringen är en utmaning för alla inblandade parter. Lagstiftningen ger vid handen att ledtiderna behöver kortas ner för att patienter som är utskrivningsklara så snart som möjligt ska skrivas ut från sjukhusvården. Det skapar en situation där olika delar av processen eller logistikkedjan behöver ske mer skyndsamt än tidigare. En sådan aspekt är att utskrivningsdatum behöver fastställas redan vid inskrivning. Alla parter är medvetna om att detta datum med stor sannolikhet kommer att behöva förändras. Frågan är med hur kort varsel och hur ofta. Detsamma gäller som en konsekvens av avstämningsmöten inför hemgång. Dessa möten kan också påkallas med kort varsel så att det finns svårigheter för såväl anhöriga som personal att medverka. Det är helt uppenbart att denna process behöver koordineras mer tydligt mellan de olika verksamheterna. Det kanske inte i första hand är en fråga om riktlinjer på regionövergripande nivå, utan snarare hur de olika verksamheterna i de lokala sammanhangen kommer överens om hur detta ska hanteras i någon form av gemensamma rutiner.

Patientperspektivet finns genomgående i de verksamheter som ska implementera de nya rutinerna, men ändå är frågan om detta perspektiv inte har fått träda tillbaka en del i samband med implementering av riktlinjerna. Mycket tid ägnas åt ett internt fokus som vi påtalade i stycket ovan, att finna arbetsformer och fungerande lösningar för att kunna samverka och koordinera berörda verksamheter. Bevekelsegrunderna för samverkanslagen är också av resursmässig natur, att använda insatta resurser på bästa sätt, vilket kan förstärka den interna uppmärksamheten. Därmed finns inte lika tydligt externt fokus och reflektion över vilken betydelse förändrade arbetsformer och nytt teknikstöd har i kommunikationen för patienterna och deras anhöriga. Patientperspektivet har kommit i skymundan. Inte så konstigt kan tyckas när den organisatoriska kapaciteten för att utveckla fungerande arbetsformer kring samverkan inte i tillräcklig grad hade uppmärksamats under förberedelsen. Det kan oaktat dessa svårigheter vara av värde att återkommande ställa sig frågan om utvecklingsarbetet är till gagn för patienten, och på vilket sätt.

3.3 Slutsatser inför framtiden

Samverkanslagen skapar övergripande mål och lagom tydliga spelregler, men samverkan sker inte i ett vakuum. Aktörer agerar i regel utifrån sina egna uppfattningar och har att ta hänsyn till flera överväganden när de gör sina prioriteringar. De sammanfattande slutsatserna för denna första delstudie är att det funnits ett fungerande förberedande arbete och att efterhand som riktlinjerna implementeras sker en del insatser. Det sker rekryteringar och kompetensförstärkningar. Samtidigt formas samverkan av ett ständigt förhandlande mellan delvis svårförenliga uppdrag, intressen och värden.

En iakttagelse vi gjort är att samverkan också handlar om ansvar, mandat och makt. Det handlar om handlingsutrymme och vilka påverkansmöjligheter olika företrädare upplever att de har, alternativt hur andra påverkar ens handlingsutrymme. Förutsättningarna i betydelsen kunna, vilja och förstå handlar således om såväl de förutsättningar som finns inom den egna organisation, som de förutsättningar som ges inom nätverket av organisationer. Det handlar inte bara om upplevelser av makt, hur olika aktörer i samverkansprocessen upplever sina möjligheter att utöva inflytande, utan också om strukturella förutsättningar, hur befintliga lagar och IT-stödsystem tilldelar olika aktörer makt, och hur ny lagstiftning och IT-system försöker ändra rådande maktordning. Frågan om makt är alltså inte bara personberoende, utan grundad på regelverk, teknik och organisatoriska strukturer och professioners inbördes status. Mandat handlar ingalunda enbart om att ny lagstiftning och IT-system ger aktörer mandat, utan även vad olika aktörer gör för att erhålla mandat inom en ny ordning. Samtidigt är frågan om makt och mandat och hur ny lagstiftning och IT-system ändrar delar av den inbördes ordningen olika aktörsgrupper emellan, en synnerligen intressant aspekt att uppmärksamma i det fortsatta arbetet.

En annan intressant aspekt är mediet inom vilken makt och mandat kommer till uttryck. I studien har IT-stödet SAMSA blivit ett interface mellan sjukhus, primärvård och kommunerna, ett medel som alla vill ska fungera bättre. Användandet av IT-stöd av olika slag utvecklas och framför allt när det gäller SAMSA sker det en kontinuerlig utveckling och utbildning av och med användarna. När det gäller utvecklingen och anpassningen av arbetsformer och samarbetsformer är det arbetet helt beroende på initiativ av olika medarbetare individuellt eller gemensamt. Det fortsatta arbetet med att implementera riktlinjerna och därmed lagstiftningen behöver övergripande styras av frågor om mandat och ansvar. Det är frågor om vem som har möjligheten att påverka beslut och medverka till att förändra om problem uppstår. I en linjeorganisation

kan det möjligtvis vara uppenbart eller självklart enligt delegationsordningen för beslutsfattande och professionernas förmåga att fatta beslut i det enskilda. Genom samverkan på flera nivåer i samband med implementering har det utvecklats nya arenor eller det finns möjlighet att utveckla nya arenor för beslutsfattande. Det gör att mandat och ansvar behöver bli tydligt och balanseras mellan linjeorganisationens avvägningar och beslutsfattande i förhållande till de nätverksbaserade överenskommelserna och behoven. Förutsättningarna för implementering behöver således utvecklas dels inom ramen för den nätverksbaserade styrning där det behöver bli tydligt vilket mandat och ansvar som föreligger för nätverket och hur de fördelas mellan parterna i nätverket, dels hur mandat och ansvar i nätverket motsvaras av desamma i respektive organisation. Det behöver också bli tydligt på vilket sätt implementeringen ska påverka samverkan mellan parterna.

När det kommer till det fortsatta arbetet med information och utbildning kan det behöva ske kontinuerligt eftersom nya medarbetare kommer in och nya frågor eller situationer uppstår. Frågan är hur det ska organiseras? Kan det ske utifrån enskilda organisationers behov eller i samverkan mellan flera organisationer i ett lokalt område, hela delregionen, eller riktat mot en specifik profession? Ansvar för innehåll och genomförande är frågor som behöver besvaras, beroende på informationens och utbildningens innehåll. När det kommer till SAMSA finns det redan en organisation för drift och utveckling och den kanske är tillräcklig. Det finns en kommunikation med medarbetare som finns på olika användarnivåer. Här samlas erfarenheter kring systemet och dess användning, vilket ligger till grund för utveckling av systemets användbarhet. På vilket sätt systemet ska användas för att koordinera verksamheterna i form av hur varje enskild verksamhet arbetar med SAMSA och på vilket sätt kommunikationen ska ske behöver diskuteras mellan de verksamheter som samverkar i de lokala sammanhangen. Det behöver bli tydligare för de olika professionsföreträdarna hur de kan använda SAMSA som ett kommunikationsverktyg.

Visserligen sker den nya lagstiftningen med patientens bästa för ögonen, men vi vet också att en rad av vardagens frågor tenderar att vägleda de dagliga övervägandena, såsom att hålla budget, prioritera kärnverksamhet och korta köerna. Ett återkommande tema vid all samverkan är ekonomi, och kring vem som ska betala. Det är därför viktigt att gå igenom olika samarbetsformer, inte minst de som kopplas till IT-system, så att alla kan komma till tals, även patienter och anhöriga. Samverkan kring utskrivningsprocessen behöver organiseras gemensamt och enskilt för att minska friktion, frustration och stress för såväl

medarbetarna som för patienterna och deras anhöriga. Överhuvudtaget behöver patientperspektivet bli mer uppmärksammat i det utvecklingsarbete som kommer att ske.

Referenser

Alexandersson, K. (2006). *Vilja, kunna, förstå – Om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Örebro: Örebro universitet.

Berlin, J., Jensen, C., Löfström, M. & Nilsson, V. (2016). *Chefers strategier för att implementera samverkan*. NATKOM-rapport 29. Göteborg: Kommunforskning i Västsverige (KFi).

Brulin, G, Sjöberg, K. & Svensson, L. (2009). *Gemensam kunskapsbildning för regional tillväxt*. Arbetsmarknad & Arbetsliv, årg 15, nr 1, s 61–74.

Bryman, A. & Bell, E. (2017). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Stockholm: Liber.

Bryson J. M., Crosby, B. C. & Middleton Stone, M. (2015) Designing and implementing crosssector collaborations: Needed and challenging. *Public Administration Review* 75(5): 647–663.

Carlén, M., Löfström, M. & Theandersson, C. (2014). *Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg*. Högskolan i Borås: rapport 34.

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

Hjern, B. & Porter, D. O. (1981). Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. *Organization studies*, 2/3, s. 211-227.

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

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

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

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

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

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

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

Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2): 145–174.

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

Osborne, S.P. (2010). Introduction: The (New) Public Governance: A suitable case for treatment? In Osborne, S.P. (ed.), *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London: Routledge.

Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California Press. US.

Sannerstedt, A. (2001). Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I B. Rothstein (Ed.), *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS Förlag.

SFS (1990:1404) Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

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

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

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

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

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



**KommunForskning
i Västsverige**

c/o Göteborgs universitet
Box 665
405 30 Göteborg

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