



# Att göra det osynliga synligt

– Erfarenheter av att samverka i samband med äldres utskrivning från slutenvård under coronapandemin

*FoU-rapport nr 39/2021  
Sara Ahrén & Josefin Bernhardsson*

*FoU Nordost är en forsknings- och utvecklingsenhet för de nordostliga Stockholmskommunerna Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. FoU Nordost ska genom praktikinära forsknings-och utvecklingsinsatser utgöra en resurs för utveckling och utvärdering inom socialtjänst samt närliggande hälso- och sjukvård för äldre. Region Stockholm är medfinansierare av den verksamhet som rör inriktningen mot äldre.*

**[www.founordost.se](http://www.founordost.se)**

Att göra det osynliga synligt

– Erfarenheter av att samverka i samband med äldres utskrivning från slutenvård under coronapandemin

© FoU Nordost 2021

Omslagsfoto: Krakenimages on Unsplash, [www.unsplash.se](http://www.unsplash.se)

FoU-rapport 39/20201

ISBN 978-91-985973-4-9

# Förord

När äldre personer skrivs ut från slutenvården finns ofta behov av både vård- och omsorgsinsatser i hemmet. Samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommun är i dessa fall en viktig länk för att få vård- och omsorgskedjan att fungera väl, och 2018 blev denna samverkan lagstadgad i form av lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Coronapandemins utbrott under våren 2020 innebar dock förändrade förutsättningar för arbetsprocesserna inom vård och omsorg och många verksamheter var tvungna att hitta nya sätt att arbeta för att minska risken för smittspridning, vilket givetvis även påverkade samverkansarbetet.

Denna rapport har syftat till att fånga och beskriva de erfarenheter som gjorts avseende samverkansarbetet kring äldre personers vård- och omsorgsinsatser i Stockholms nordostkommuner under den första pandemivågen våren 2020. I rapporten är det personalens perspektiv på detta som lyfts genom fokusgruppsintervjuer, och de har även reflekterat gemensamt kring hur den enskilde kan ha påverkats. Resultatet har kopplats till teori och tidigare forskning om samverkan, och målet med rapporten var att skapa ett kunskapsunderlag för fortsatt förbättrings- och utvecklingsarbete tillsammans med berörda verksamheter.

Vi vill rikta ett varmt tack till de som bidragit med sina tankar och erfarenheter av att samverka kring äldre personers vård och omsorg under denna mycket speciella och många gånger pressade tidsperiod. Vi hoppas att denna rapport kommer vara er till gagn i det fortsatta utvecklingsarbetet framöver.

Danderyd, 1 juni 2021

*Lina Palmlöf*  
*Verksamhetschef, FoU Nordost*

# Innehållsförteckning

<b>1. SAMMANFATTNING</b> .....	<b>6</b>
<b>2. INLEDNING</b> .....	<b>8</b>
Bakgrund .....	8
FoU Nordosts studie .....	9
Syfte och frågeställningar .....	10
<b>3. METOD</b> .....	<b>12</b>
Fokusgrupper .....	12
Begränsningar .....	13
Analysförfarande.....	13
<b>4. TEORETISKA BEGREPP OCH KUNSKAPSLÄGET</b> .....	<b>14</b>
Samverkansbegreppet .....	14
Främjande och hindrande faktorer för samverkan – en generell överblick .....	14
Samverkan under coronapandemin .....	16
Coronakommissionens rapport.....	16
En rapport från Stadsrevisionen .....	17
En spaning från SKR.....	18
<b>5. RESULTAT</b> .....	<b>19</b>
Under rådande omständigheter .....	19
Samverkans olika ansikten.....	20
Generell samverkan.....	21
Samverkan kring utskrivningsprocessen.....	21
Information:Initialt kaos, stort informationsflöde och ständigt ändrade direktiv .....	23
Ständigt ändrade direktiv .....	23
Sortering och validering: Sprida information nedåt i organisationerna .....	24
”Föra upp kunskap”. Bristande kunskap om kommunerna och bristande delaktighet från kommunerna .....	25
Klustersamordningen .....	25
Kommunikation .....	26
WebCare, telefon och digitala lösningar .....	26
Vikten av enhetlig information och kommunikation .....	28
Relationer och tidigare erfarenheter av samverkan .....	29
Arbetsmiljö .....	30
Ansvarsgränser och gränsöverskridanden.....	31
”Att lösa det outtalade”: överskridande för att fylla ett glapp .....	32
Överskridande för att ta över någon annans ansvar .....	32
Vikten av att respektera ansvarsgränser .....	33
Konsekvenser för patienter och brukare .....	34
Sju lärdomar från coronapandemins första våg .....	35

<b>6. ATT GÖRA DET OSYNLIGA SYNLIGT: SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER OCH TANKAR FÖR FORTSATT UTVECKLINGSARBETE .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>41</b>
<b>BILAGOR .....</b>	<b>43</b>
Bilaga 1. Intervjuguide.....	43
Bilaga 2. Samtyckesblankett för medverkan i forskningsstudie .....	45
Bilaga 3. Övrig datainsamling .....	46
Enkät .....	46
Loggbok .....	46
Dokumentgranskning .....	46

# 1. Sammanfattning

Föreliggande rapport handlar om erfarenheter av att samverka kring äldre i samband med utskrivning från slutenvård under coronapandemins första våg (våren och sommaren 2020). Studien har gjorts genom fokusgrupper med berörda verksamheter från slutenvård, primärvård, socialtjänst och kommunal vård- och omsorg i Stockholms nordostkommuner.

De övergripande resultaten visar att fokusgrupperna anser att samverkan generellt sett har fungerat bra – ”under rådande omständigheter” – och i vissa avseenden till och med bättre än innan pandemin. Flertalet deltagare poängterar att samverkan fungerat så pass bra eftersom alla medarbetare har gjort sitt bästa, haft goda intentioner och varit lösningsfokuserade. Det har också funnits en stor förståelse för att alla parter gjort sitt bästa i en svår och pressad situation. Samtidigt pekar fokusgrupperna på att samverkan i samband med att den äldre skrivs ut från sjukhus inte alltid fungerat som avsett utifrån överenskommelse och rutiner enligt LUS (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård). Implementering av nya arbetssätt enligt LUS har inom vissa områden avstannat eller försämrats, exempelvis vad gäller genomförande av SIP (samordnad individuell plan). Samverkan beskrivs vidare ha fungerat olika bra mellan olika aktörer och verksamheter. Uppfattningen om hur samverkan har fungerat beror delvis på vilken profession eller funktion personen har och hur verksamheterna har organiserat sig, men framförallt på vilka etablerade relationer och kontaktytor man haft med varandra sedan tidigare. I det sammanhanget nämns goda relationer och tidigare samverkansforum vara en viktig framgångsfaktor.

Våren 2020 präglades av ett stort informationsflöde med ständigt ändrade direktiv från Region Stockholm och olika myndigheter. Fokusgrupperna beskriver att en viktig faktor för att kunna hantera informationsflödet och skapa trygghet inom sina organisationer var att ha en frekvent kommunikation med sina medarbetare, till exempel genom täta arbetsgruppsmöten. Flera kommuner uppger också att kunskapen om kommunal vård- och omsorg var bristfällig från regionens och myndigheternas sida samt att de inte var delaktiga i beslutsprocesser som berör dem i den utsträckning som de skulle behövt vara. Både delaktigheten och kunskapsnivån uppges dock ha förbättrats över tid. Den nya klustersamordningen lyfts fram som en bidragande orsak till detta.

Eftersom det har varit svårt att ha fysiska träffar under pandemin har information och kommunikation till stor del behövt hanteras genom olika tekniska och digitala kanaler,

som videomöten, telefon och WebCare. De flesta verksamheter menar att digitaliseringen varit av godo, såväl inom de egna organisationerna som i samverkansarbetet mellan aktörerna, framförallt för att det frigjort mycket arbetstid. De förväntar sig också att man använder sig mer av digitala lösningar i framtiden. Med visst undantag för primärvården beskriver flertalet verksamheter emellertid att digitaliseringen varit mer problematisk i relation till brukare/patienter. Flera verksamheter har helt saknat videoutrustning och gemensamma tekniklösningar mellan kommun och region, vilket exempelvis omöjliggjort flerpartsmöten med patient/brukare. De flesta verksamheter har därmed varit hänvisade till telefonkontakter, vilket generellt sett haft en negativ påverkan på möjligheten att bedöma patientens/brukarens tillstånd, genomföra SIP och tillgodose den enskildes rätt till delaktighet och inflytande.

## 2. Inledning

Den här rapporten handlar om att synliggöra erfarenheter av samverkan mellan olika verksamheter inom slutenvård, primärvård och äldreomsorg i samband med utskrivning från sjukhus under coronapandemins första våg, det vill säga, våren 2020. Rapporten bygger på en fokusgruppstudie som genomfördes av FoU Nordost under hösten 2020, med deltagare från berörda aktörer inom nordostkommunerna i Stockholms län.

Med rapporten vill vi samla vård- och omsorgsaktörernas erfarenheter och lärdomar från denna period i syfte att skapa ett kunskapsunderlag att använda i fortsatt utvecklingsarbete.

### BAKGRUND

Sedan Ädelreformen 1992 har kommunerna haft det huvudsakliga ansvaret för äldreomsorgen. I Socialtjänstlagen infördes en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer (SÄBO) för äldre i behov av vård och omsorg. Dessa kom då att inkorporera det som tidigare betecknats som servicehus, ålderdomshem, gruppboendestäder och långvård/sjukhem (där ansvaret i samband med reformen överfördes till kommunerna). Syftet med reformen var att kommunerna skulle få ett mer sammanhållet ansvar som skulle underlätta samverkan kring den enskilde. Den syftade också till att komma från institutionsvården och öka hemmaboende och de äldres självbestämmande, vilket bland annat avspeglade sig i att de äldre fick eget hyreskontrakt i de särskilda boendena. Ädelreformen innehöll även en ny lag om kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade patienter på sjukhus. I och med kommunernas utökade ansvar för vård och omsorg inkluderades också ett ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, bland annat i särskilt boende eller vistelse på dagverksamhet. Kommunerna behöver ha anställd medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) som har ett ansvar för patientsäkerhet och kvalitet i den kommunala vården. Ansvaret för läkarinsatser i särskilt boende och dagverksamhet ligger dock kvar på regionen, som i Stockholms län även har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende (i övriga landet ligger detta ansvar på kommunerna). Därutöver tillkommer olika privata utförare inom både kommun och region (Coronakommissionen, 2020). Det är som SKR uttrycker det: ” [...] ett omfattande nät av beroenden och samverkansytor mellan de olika aktörerna i sjukvårdssystemet: mellan regioner och kommuner, regioner respektive kommuner sinsemellan, mellan regioner och statliga myndigheter och mellan regioner och privata utförare



av hälso- och sjukvård.” (SKR 2020:14). För att hålla samman vårdkedjan kräver denna fragmenterade ansvarsfördelning, utöver olika former av regleringar och avtal, en hög grad av samverkan mellan de olika huvudmännen och det finns också ett antal bestämmelser i både Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen som reglerar detta.

I januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS) i kraft, och ersatte då den gamla betalningsansvarslagen. Samverkan-lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutet vård behöver insatser från socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar (Lag 2017:612). Lagen innehåller bland annat bestämmelser om tidig planering för patienters utskrivning, fast vårdkontakt och genomförande av en samordnad individuell plan (SIP). Regioner och kommuner ska därutöver tillsammans fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan. Utifrån lagstiftningen har det tagits fram en regional överenskommelse samt riktlinjer och rutiner för hur respektive aktör ska agera och samverka under processen. De övergripande målformuleringarna i överenskommelsen berör en trygg, samordnad, säker och effektiv övergång från slutet hälso- och sjukvård till öppenvård och kommunens omsorg (Region Stockholm & Storsthlm, 2019).

Den gemensamma rutinen beskriver mer i detalj hur ansvarsfördelning mellan regionens och kommunens verksamheter ser ut samt beskriver hur respektive aktör ska agera i planerings- och utskrivningsprocessens åtta olika steg: skicka inskrivningsmeddelande, utse fast vårdkontakt, planera för utskrivning, kalla till SIP (samordnad individuell plan), meddela om utskrivningsklar, informera vid utskrivning, upprätta eller uppdatera SIP samt följa upp och avsluta SIP.

Ett flertal rapporter visar emellertid att det trots lagstiftningen fortfarande finns stora brister i samverkan mellan de olika parterna, vilket även påtalats av Socialstyrelsen och IVO vid ett flertal tillfällen (Coronakommissionen 2020:81). Ett återkommande problem anges vara att primärvården inte kallar till SIP i den utsträckning som är överenskommet, men det finns även brister i andra delar av samverkansprocessen som exempelvis gäller avvikelshantering och uppföljning av samverkan (Stadsrevisionen, 2020; Vårdanalys, 2020).

## **FOU NORDOSTS STUDIE**

För att stödja implementering av nya arbetssätt i och med LUS:en har FoU Nordost sedan 2018 anordnat olika aktiviteter, bland annat lokala samverkansforum för berörda aktörer. Syftet med dessa forum har varit att främja samverkan genom att skapa samsyn kring det gemensamma uppdraget, öka förståelsen för aktörernas respektive roller och uppdrag samt stödja ett gemensamt implementerings- och utvecklingsarbete.

Coronapandemins utbrott under våren 2020 innebar dock förändrade förutsättningar för arbetsprocesserna inom vård och omsorg. En kris kännetecknas ofta av stor stress

och osäkerhet och funktionaliteten i gängse regler och rutiner ställs därmed på sin spets, vilket både kan synliggöra sådant som fungerar bra och sådant som fungerar mindre bra. Kriser innebär därför också möjligheter till lärande och utveckling. Frågan är således hur dessa nya förutsättningar påverkade aktörernas möjligheter att samverka? FoU Nordost initierade under våren 2020 en kartläggning i syfte att undersöka detta. Utgångspunkten är att aktörernas erfarenheter av att samverka under denna period inte bara kan ge värdefull kunskap om krisperioden i sig utan även ge lärdomar som är användbara i framtida utvecklingsarbete.

Kartläggningen bestod av en digital enkät, insamling av loggböcker och styrande dokument samt fokusgruppsintervjuer med representanter från berörda aktörer i Stockholms nordostkommuner. Den enkät som skickades till nordostkommunerna är en del av en större regional enkätstudie som kommer att publiceras i en fristående rapport. Den delregionala datainsamlingen hade en relativt låg svarsfrekvens, vilket gäller för såväl enkäten som för dokumentinsamlingen och därför fokuserar denna rapport huvudsakligen på resultaten från fokusgruppsintervjuerna. Enkät svar och dokumentgranskning har dock legat till grund för intervjuguidens utformande och fördjupandet av vissa frågeställningar. (För mer information om dessa studier, se bilaga 3).

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av samverkan mellan berörda verksamheter i Stockholms nordostkommuner i samband med utskrivning av äldre från slutenvård under coronapandemins första våg. Målsättningen var att skapa ett kunskapsunderlag för fortsatt förbättrings- och utvecklingsarbete tillsammans med berörda verksamheter. Med coronapandemins första våg avses här våren och sommaren 2020.

I rapporten används aktörer som ett övergripande begrepp och avser då den regionfinansierade sluten- respektive öppenvården samt socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård inom kommunerna. Med verksamheter avses enskilda verksamheter, enheter eller avdelningar – exempelvis ett sjukhus, en vårdcentral eller en äldreomsorgsenhet – som finns inom respektive slutenvårds-, primärvårdsaktör eller kommun.

Frågeställningar:

- Hur uppfattar verksamheterna/aktörerna att samverkan har fungerat under den här perioden? Har samverkan fungerat ändamålsenligt, det vill säga, har syftet med LUS kunnat uppfyllas och har aktörerna kunnat utföra stegen i utskrivningsprocessen? Finns det skillnader i erfarenheter mellan olika aktörer?
- Hur har de strukturella förutsättningarna för samverkan sett ut? Har det funnits resurser i form av utrustning, digitala lösningar, personal? Har verksamheterna fått den information/ kunskap de behöver, exempelvis gällande nya beslut, avtal, rutiner, etcetera?

- Hur har samverkan gått till i praktiken? Har det gjorts justeringar i arbetsprocesser, rutiner och aktiviteter för att lösa uppkomna problem eller möta nya behov? Hur upplever medarbetarna i verksamheterna att det har fungerat för den enskilde patienten/brukaren?
- Vad har fungerat bra respektive mindre bra under den här perioden? Vilka lärdomar är värdefulla att ta vidare för fortsatt utvecklingsarbete?

Det bör poängteras att rapportens innehåll är begränsad till det som rör samverkan mellan olika aktörer och verksamheter i Stockholms nordostkommuner. Den kommer således inte att i någon större utsträckning beröra frågor som rör interna strukturer och processer, som exempelvis organisering och ledning, eller hantering av smittskyddsfrågor.

## 3. Metod

### FOKUSGRUPPER

Under september 2020 genomfördes sju kommunvisa fokusgruppsintervjuer med deltagare från verksamheter inom socialtjänst och kommunal vård- och omsorg i nordostkommunerna. Deltog gjorde även den regionfinansierade öppenvården och de slutenvårdsverksamheter inom Region Stockholm som samverkar med nordostkommunerna. Till FoU Nordosts ägarkommuner hör Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. Deltagarna bestod av chefer, MAS, biståndshandläggare, vård- och samordnare samt sjuksköterskor/distriktssköterskor. De lokala klusterledarna (funktion som inrättats särskilt för arbetet under coronapandemin) bjöds in till samtliga grupper och deltog i vissa av dem. Intervjuerna genomfördes digitalt via Microsoft Teams med blandade aktörer och funktioner från olika verksamheter. Intervjuerna spelades in och har transkriberats i sin helhet. I genomsnitt deltog 3–4 personer vid varje intervju. Alla deltagare har givit ett informerat samtycke (se bilaga 2).

Fokusgruppsintervjuer innebär att man samlar en grupp människor och fokuserar på att diskutera ett specifikt ämne. Som forskningsmetod kan fokusgruppsgrupper användas för en mängd olika ändamål, vilka i sin tur styr gruppansättning och sättet att moderera intervjuerna på. Syftet med att använda fokusgrupper har i detta fall varit att fördjupa oss i den regionala enkätstudiens frågeställningar. Dels genom att ta del av deltagarnas enskilda erfarenheter, dels genom de diskussioner som uppstår mellan olika deltagare i grupperna. På så sätt kan man få syn på aktörernas delade upplevelser, vilka både kan bestå av samstämmighet och skillnader i erfarenheter och uppfattningar. Det bör dock poängteras att fokusgruppsintervjuer inte är en direkt spegling av verkligheten. Moderatorns frågor kan få gruppen att reflektera över och synliggöra aspekter som ofta är dolda i vardagliga sammanhang, men deltagarnas berättelser är samtidigt formade av forskarens frågeställningar och modererande samt av konstellationen av deltagare i gruppen. Därtill finns det också ofta personer som är mer aktiva i diskussionerna än andra, vilket är något som moderatorn bör ta i beaktande, både i själva intervjusituationen och i analysen av intervjuerna (Bernhardson, 2014; Demant, 2012; Kvale, 1997).

I dessa fokusgrupper har vi använt oss av en tematisk intervjuguide som i stora delar bygger på den enkät som skickades ut till länets kommuner (se bilaga 1). Den innehöll även ett antal mer teoretiskt drivna frågor som exempelvis rör deltagarnas erfarenhet av ansvarsgränser och gränsöverskridande under krisen, liksom frågor som handlar om

lärdomar och framgångsfaktorer. En viktig del av moderatorns jobb är emellertid att följa deltagarnas svar och diskussionerna i grupperna och därför har såväl frågor som svar utvecklats på lite olika sätt i olika intervjuer.

Resultaten från intervjuerna redovisas anonymiserat, det vill säga namn, verksamhet eller kommund tillhörighet anges inte i rapporten. När citat redovisas anges endast funktion (MAS, biståndshandläggare, vårdsamordnare eller chef inom primärvård eller socialtjänst). Citat i rapporten har i vissa fall justerats för att underlätta läsvänligheten, dock utan att ändra innehåll eller betydelse.

## **Begränsningar**

Alla aktörer och funktioner har inte varit representerade i alla intervjuer, vilket kan ha påverkat diskussionerna och resultaten från intervjuerna. Primärvårdsrehabilitering har varit inbjuden, men inte deltagit i någon intervju. Primärvården har varit representerad i fyra intervjuer och det samma gäller för slutenvården. Kommunen har varit representerad i alla sju intervjuer.

Resultatet i intervjuerna kan därutöver ha påverkats av det digitala formatet, exempelvis genom att interaktionen i grupperna kan ha blivit mindre spontan eller långsammare än den kanske varit i en fysisk gruppintervju där det kan vara lättare att avbryta eller anföra en annan åsikt.

## **ANALYSFÖRFARANDE**

Analysen har gjorts genom en tematisk innehållsanalys, vilken, enkelt uttryckt, fokuserar på innehållet i det som sägs. I den första delen av analysförfarandet orienterade vi oss i materialet genom att läsa igenom alla transkriptioner i sin helhet. Utifrån denna genomläsning gjordes en grov tematisering av berättelserna, både utifrån innehåll och utifrån vissa återkommande begrepp och benämningar som intervjupersonerna använde. I ett andra skede gjorde vi en ny genomläsning då vi även undersökte skillnader eller konflikter inom och mellan olika aktörer/deltagares berättelser, liksom om det förekom betydelsefulla beskrivningar som inte innefattas av den ursprungliga tematiseringen. I presentationen har vi sedan gjort ett urval utifrån de beskrivningar som kan kopplas till samverkan.

Tematisk analys är en bra metod för att strukturera ett stort kvalitativt material. Det bör dock poängteras att tematiseringen tenderar att förenkla och konstruera tydliga kategorier och homogenitet där det i själva verket finns överlappningar, nyanser och komplexitet. I den mån det är betydelsefullt belyser vi sådana diskrepanser i rapporten.

Den 10 februari 2021 höll FoU Nordost ett webbseminarium där studiens preliminära resultat presenterades för de aktörer som inbjudits att delta i kartläggningen. På seminariet fick deltagarna diskutera studiens resultat i mindre grupper. Grupperna ombads då även att reflektera över huruvida resultaten stämmer överens med deras uppfattningar om hur samverkan fungerat under den initiala perioden för pandemin. De svar som inkom validerade de redovisade resultaten.

## 4. Teoretiska begrepp och kunskapsläget

### SAMVERKANSBEGREPPET

Samverkan kan definieras på en rad olika sätt, med olika undergrupper och nyanseringar. För det här ändamålet har vi valt en bredare definition som gör gällande att *samverkan* är en relation mellan olika organisationer – eller mellan individer, yrkesgrupper och organisationer – som arbetar mot ett gemensamt mål (jmf. Palm 2018:18) och där samverkande parter genom att kombinera sina olika resurser tillsammans kan lösa en uppgift som de inte kan lösa var och en för sig (Lasker et al, 2001). Samverkan skiljer sig utifrån denna definition från *samarbete* som istället rör relationer på individnivå.

### FRÄMJANDE OCH HINDRANDE FAKTORER FÖR SAMVERKAN – EN GENERELL ÖVERBLICK

Det finns ett antal faktorer som man genom forskning vet främjar såväl samverkansprocessen som effekterna av samverkan. Några av de viktigaste faktorerna går att dela in i följande kategorier:

#### **Styrning, förankring och gemensamma mål**

Ledning, styrning och organisering är några av de viktigaste framgångsfaktorerna för samverkan. I synnerhet brukar vikten av förankring och legitimitet hos politiker och myndighetschefer lyftas fram (Palm, 2018; Socialstyrelsen, 2013), men dessa processer måste ske på alla nivåer i organisationen. Det är viktigt att alla parter känner ansvar och ägarskap, både för själva arbetsprocesserna och för resultaten (Bronstein, 2003; Mattessich & Monsey, 1992). För att lyckas med en verksamhetsnära förankring behöver ledningen tydliggöra mål och riktlinjer samt skapa en samsyn om valda mål tillsammans med de professionella (Bronstein, 2003; Mattessich & Monsey, 1992; Palm, 2018). Syftet med samverkan bör också vara unikt, det vill säga, handla om att lösa en uppgift som skiljer sig från aktörernas ordinarie uppdrag (i alla fall delvis) samt vara något som de inte klarar av att lösa på egen hand (Lasker et al, 2001; Mattessich & Monsey, 1992).

Förankring och tydliggörande av mål hänger samman med samverkansformens långsiktiga överlevnad. Ledningens stöd och engagemang kan visserligen ge legitimitet till

en fråga, men om deltagarna tycker att det är svårt att ägna frågan tillräckligt med tid eller utrymme, till exempel på grund av bristande resurser eller motivation, så kan legitimiteten snabbt försvinna (Forkby, 2008:59).

### **Samverkanshistorik, kontext och relationer**

En annan viktig framgångsfaktor är att de deltagande parterna har tydliga roller och ansvarsområden och att alla vet hur ansvarsfördelningen däremellan ser ut. Samtidigt behöver aktörerna vara flexibla och kunna anpassa sig efter förändrade förutsättningar (Bronstein, 2003; Mattessich & Monsey, 1992). Vikten av att ha tydliga ansvarsgränser och roller, samtidigt som man är flexibel och anpassningsbar, kan tyckas paradoxal, men båda faktorerna förutsätter varandra. För att klara av den här balansgången underlättar det om parterna har en gemensam samverkanshistorik. I en miljö där det finns tidigare erfarenheter av att samverka har de samverkande parterna oftast en större förståelse för varandras respektive roller, uppdrag och förutsättningar samt för var och ens betydelse i samverkansuppdraget. Denna förståelse bidrar i sig till att skapa en tillit till själva processen (Bronstein, 2003; Mattessich & Monsey, 1992). I detta sammanhang brukar även de personliga relationerna lyftas fram som en viktig framgångsfaktor. För att skapa den yrkesmässiga förståelsen för varandras gränser och förutsättningar kan det vara bra om de professionella får möta och lära känna varandra även på ett personligt plan.

Ytterligare en aspekt av gränsdragningar kontra flexibilitet är hanteringen av det som Mats Tyrstrup benämnt ”organisatoriska mellanrum” (Tyrstrup, 2007:36). Ett organisatoriskt mellanrum är de glapp som kan uppstå mellan olika verksamheters ansvarsområden, exempelvis i en vårdkedja, och där patienter/brukare lätt ”faller mellan stolarna”. Sådana mellanrum kan uppstå på grund av en otydlig ansvarsfördelning och är därmed svåra att upptäcka. För att kunna hantera ett organisatoriskt mellanrum krävs för det första att man lyckas identifiera att det finns ett glapp i sig, och sedan att man hittar sätt att överskrida det, vilket ofta kräver att de professionella har ett visst handlingsutrymme och möjlighet till flexibilitet och handlingsutrymme i det vardagliga arbetet. Detta är dock en svår balansgång då problemet å andra sidan kan hamna i att det blir upp till enskilda medarbetare att definiera och prioritera innehållet i arbetet vilket dels kan göra uppdraget otydligt, dels kan skapa svårigheter i ansvarsutkrävandet (Enell & Denvall, 2018; Tyrstrup, 2007).

### **Medlemskap och deltagande**

Samverkan kan även blottlägga konfliktytor och dominansförhållanden som beror på att aktörerna bevakar olika intressen, har olika befogenheter eller tillgång till ekonomiska resurser, men konfliktytor kan också öppnas genom skillnader i de deltagande parternas möjlighet till inflytande och påverkan (Enell & Denvall, 2018). En framgångsfaktor är således att de berörda parterna inkluderas i samverkan på lika villkor. För att nå goda resultat behöver det också finnas en gemensam förståelse för att aktörerna är ömsesidigt beroende av varandra, men respektive aktör behöver även uppleva att det ligger i deras eget intresse att samverka och att vinsterna kompenserar för eventuella nackdelar, som exempelvis minskad självständighet och kontroll (Bronstein, 2003; Mattessich & Monsey, 1992).

## **Kommunikation**

Det är vanligt att samverkan mellan olika organisationer försvåras av rådande strukturer, regelsystem och administrativa gränser, men också av de kulturella gränser som kan finnas mellan olika organisationer och yrkesgrupper. Utöver att identifiera varandras skillnader – och förstå hur dessa ska hanteras – kan det som tidigare nämnts också vara viktigt att skapa en gemensam problembild och värdegrund. En del av det arbetet kan även handla om att skapa/använda sig av gemensamma begrepp och definitioner (Palm, 2018:43).

Därutöver behöver kommunikationen generellt vara öppen och frekvent, vilket innebär att parterna kontinuerligt interagerar, delar med sig av nödvändig information och diskuterar problem. För att uppnå denna kontinuerliga kommunikation, krävs det först och främst att man etablerar formella kommunikationskanaler, men man behöver också öppna upp för mer personliga kontakter och informell kommunikation. Att gemensamt reflektera och ge feedback på processen stärker relationerna och ökar effektiviteten på längre sikt (Bronstein, 2003; Mattessich & Monsey, 1992).

## **Resurser**

Avslutningsvis är det av vikt att det finns adekvata och stabila ekonomiska resurser, dels för att ge tiden som behövs för att uppnå målet med samverkan, dels för att kunna lägga tid på att vårda samarbetet. Tillräckliga resurser inkluderar även personal och att det finns ett tydligt och strukturerat ledarskap med rätt kompetens kring samverkansarbetet (Mattessich & Monsey, 1992).

## **SAMVERKAN UNDER CORONAPANDEMIN**

I skrivandets stund har coronapandemin pågått i över ett år. Ur ett krishänseende får detta betraktas som en lång period, men ur ett forskningsperspektiv är den trots allt relativt kort och det kommer antagligen ta ett tag innan de mer djupgående analyserna av situationen kan göras. Det akuta läget har dock frambringat ett antal rapporter som behandlar den särskilt svåra situation som präglade vård och omsorg under 2020.

Vi kommer här att kortfattat redogöra för några studier som rör äldreomsorgens situation och mer specifikt samverkan mellan region och kommun. Tillsammans med tidigare redovisade framgångsfaktorer för samverkan utgör dessa rapporter en ram utifrån vilken vi kommer att diskutera resultaten från våra fokusgruppsintervjuer.

### **Coronakommissionens rapport**

I början på december 2020 kom Coronakommissionen med sin rapport ”Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen” (Coronakommissionen, 2020). Kommissionens uppdrag var kortfattat att utvärdera de åtgärder som vidtagits för att hantera utbrottet av coronaviruset. Uppdraget omfattade regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder. Nedan redovisar vi några av de brister som lyfts fram i utredningen.

### **Förändringar i styrningen av äldreomsorgen**

Först och främst slår kommissionen fast att den fragmenterade ansvarsfördelningen kring äldreomsorgen kräver en fungerande samordning och samverkan mellan kommun och



region. Enligt kommissionen kräver detta i sin tur genomgripande förändringar i styrningen av äldreomsorgen, vilket inkluderar den medicinska vården. Kommissionen anser att det är problematiskt att ansvaret för läkarinsatserna ligger på regionen och att äldreomsorgen därmed är beroende av regionens prioriteringar i dessa ärenden. Kommissionen anser följaktligen att det fortsättningsvis borde vara möjligt för kommunerna att anställa läkare och att det vid varje enskilt boende borde finnas tillgång till medicinsk utrustning.

### **Bristande samverkan**

Under den första krisperioden var det ett stort fokus på den regionala hälso- och sjukvården, särskilt akutsjukvården och IVA och det tog alltför lång tid innan bristerna inom kommunernas äldreomsorg uppmärksammades. Kommissionen påpekar samtidigt att bristerna inom äldreomsorgen varit kända sedan länge. En del av dessa rör äldrevårdens bristande resurser, men även brister i samverkan. Bristen på samverkan har länge påpekats av både Socialstyrelsen och IVO, men genom pandemin ställdes behovet av samverkan plötsligt på sin spets. Coronakommissionen erfar dock att samarbetet har fungerat olika bra i olika kommuner och regioner under pandemin. I många fall har den till och med förbättrats och nya samverkansformer har utvecklats (Coronakommissionen 2020: 81, 124).

### **Bristande kunskap om kommunal hälso- och sjukvård**

Kommissionen lyfter att det initialt saknades överblick över kommunernas beredskap på nationell nivå, liksom etablerade kanaler mellan Socialstyrelsen och kommunal hälso- och sjukvård. På samma sätt saknades den kommunala hälso- och sjukvården till stor del i nationella initiativ och beskrivningar av hälso- och sjukvård.

### **Svårigheter att nå ut med information**

Kommissionen påpekar att det utifrån kommunernas position var en försvårande faktor att informationen förändrades så snabbt och dessutom kom från olika avsändare: myndigheter, regionledningen, regionens smittskydd, vårdhygien och kommunen, ibland även från olika nivåer i kommunen (Coronakommissionen, 2020: 212). I en del kommuner samordnades informationen av MAS, men i många kommuner saknades även en tydlig struktur för vem som skulle ansvara för att samordna och föra vidare information till verksamheterna. En del kommuner rapporterar även att informationen från Socialstyrelsen upplevdes som sjukhusinriktad och flera MAS:ar saknade information som var anpassad för hemtjänstens personal.

### **En rapport från Stadsrevisionen**

Brister i samverkan mellan parterna i äldreomsorgen har även lyfts i andra studier. En nyligen utkommen rapport från Stadsrevisionen har undersökt samverkan mellan Region Stockholm och tre stadsdelar i Stockholm. Studien visar bland annat att primärvården inte kallar till SIP i den utsträckning som är överenskommet, att det inte sker uppföljningar av samverkan samt att rapportering av avvikelser som uppstår i hanteringen mellan staden och regionen sker i mycket liten omfattning (Stadsrevisionen, 2021).

I rapporten anges också några anledningar till att situationen ser ut så här, exempelvis att arbetet med att koordinera vårdplaneringen är administrativt krävande och att det befint-

liga IT systemet har begränsningar som försvårar samverkansprocessen. Rapporten visar vidare att det visserligen finns en tydlig rollfördelning mellan regionen, kommunerna och de olika verksamheter i Stockholms stad, men att rutinerna är dåligt förankrade hos medarbetarna. Därutöver hanteras kommunikationen genom andra kanaler än vad överenskommelsen anger. Ytterligare ett resultat från rapporten är att patienter/brukare inte är involverade på det sätt som lagen anger samt att patientperspektivet inte beaktas i tillräckligt hög utsträckning i den samordnade planeringen inför utskrivningen.

### **En spaning från SKR**

I början av sommaren 2020 kom SKR med en ”spaning” över omställningen i hälso- och sjukvården under de första fem månaderna med corona (SKR, 2020). Rapporten pekar på en snabbt förändrad organisering, stärkt samverkan och samordning samt en kraftigt påskyndad digitaliseringsprocess.

Som en konsekvens av denna omställning har det skett ett antal utvecklingsprång, till exempel menar SKR att omställningen till Nära vård har fått en skjuts. De verksamheter, arbetssätt och tjänster som utvecklats inom ramen för nära vård har varit viktiga för att klara av sjukvården under pandemin och arbetssätt/tjänster som tidigare använts i begränsad omfattning har skalats upp eller implementerats inom nya verksamhetsområden. Vidare är en viktig förutsättning för en nära vård att överbrygga de organisatoriska gränser som finns både inom regionernas hälso- och sjukvård och mellan kommuner och regioner. Här har uppbyggda samverkansstrukturer haft betydelse då uppbyggda kontaktvägar har kunnat nyttjas, men samtidigt har även nya kontaktvägar etablerats. SKR menar vidare att kontakter mellan vårdcentraler har ökat, likaså mellan den kommunala hälso- och sjukvården och regionernas primärvård och specialistvård och mellan regionernas vårdhygien och smittskyddsenheter. Här nämns Region Stockholms klusterstruktur för att organisera samverkan mellan regionernas primärvård, specialistvård och kommunerna som ett exempel.

Vidare lyfter SKR att primärvården har ställt om och betydligt ökat antalet hembesök. De nämner även ett förbättrat samarbete mellan den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården.

Ett annat utvecklingsprång handlar om den kommunala hälso- och sjukvården där SKR beskriver en förstärkt läkarmedverkan i SÄBO och hemsjukvård, ett ökat antal medicinska vårdplaner för brukare i SÄBO samt att informationsöverföring mellan regioner och kommuner har stärkts för att underlätta samverkan kring patient/brukare.

Framför allt lyfter SKR här fram utvecklingen gällande utskrivningsklara patienter. I Stockholm uppges andelen vårdplatser på sjukhus som upptas av utskrivningsklara patienter ha minskat från 5,8 procent i maj 2019 till 0,8 procent i april 2020.

Det tredje utvecklingsprånget berör digitaliseringen där nya arbetssätt och nya digitala lösningar har införts inom hela hälso- och sjukvården. Bland annat nämns utveckling och införande av verktyg för egenmonitorering och självskattningstjänster, men också att många fysiska möten har ersatts av digitala möten. Exempelvis har digitala vårdmöten med chatt och/eller video ökat.

## 5. Resultat

### UNDER RÅDANDE OMSTÄNDIGHETER

Meningen ”under rådande omständigheter” upprepas som ett mantra under i stort sett alla intervjuer. Det är också flera deltagare som uttrycker den här frasen som svar på den första intervjufrågan: Vad är det första ni tänker på när vi säger corona och samverkan? Frasen formuleras på lite olika sätt, men huvudsakligen betyder den att givet krisen, och de specifika förutsättningar som den inneburit, så har samverkan fungerat ganska bra. Även i de fall då intervjudeltagarna uttrycker kritik eller påpekar att saker hade kunnat fungera bättre, uttalas detta oftast med en förståelse för att alla aktörer haft goda intentioner och gjort sitt bästa under en extraordinär situation. Intervjudeltagarna beskriver att kollegor och samverkansparter: ”kavlat upp armarna”, tagit ett gemensamt ansvar, varit justa, hjälpsamma, förstående, pragmatiska, prestigelösa och lösningsorienterade.

I begreppet ”under rådande omständigheter” ligger också ett påpekande om ett slags undantagstillstånd, vilket innebär att situationen krävt speciella åtgärder och att man ibland behövt runda ordinära rutiner eller regler för att lösa problem på ett effektivt sätt. Vissa deltagare har upplevt detta tillstånd som befriande och menar att delar av samverkansprocessen också fungerat bättre till följd av det.

En biståndshandläggare beskriver situationen på följande vis:

*”Under dessa speciella omständigheter” tycker jag kännetecknar hela det inledande skedet med corona. Det var lite att kasta regelboken i sjön och hänvisa till det. [...] Det som i normala fall hade blivit konflikter blev inte det. [...] För mig var det en magisk fas. Om man inledde med att säga ”hej, under rådande omständigheter måste man göra så här”, så var det ingen som ifrågasatte det. Oavsett om det var en anhörig eller någon på vårdcentralen eller om det var hemtjänsten, eller om det riktades mot mig. Då var det bara, okej, då löser vi det.*

En anledning till att samverkan i vissa avseenden fungerat bättre än tidigare anges vara att man ”fixat buggarna i systemet” samt effektiviserat och förenklat en del kontaktvägar. Att ”fixa buggarna” innebär exempelvis att man löst en del problem som man tidigare skjutit på, som att uppdatera kontaktlistor och se till att den som ringer ett telefonsamtal når rätt mottagare. Därutöver beskriver flera intervjudeltagare att

de haft en mer direkt och informell kommunikation med varandra. De påpekar dock samtidigt att en sådan kontakt förutsätter att det finns ett uppbyggt samarbete sedan tidigare och att man har förtroende för varandras personer och yrkeskompetens. Det underlättar också att de olika aktörerna befinner sig i ett lösningsorienterat tillstånd.

Som biståndshandläggaren i citatet ovan påpekar är också frånvaron av konflikt ett uttryck för den sammanhållning som intervjudeltagarna upplevde under denna period. Ett tänkbart scenario i en situation där det råder stor osäkerhet och stress är annars att slitningar, konflikter och revirtänk skulle ha blivit starkare, men när vi frågar fokusgrupperna om detta får vi i de flesta fall svaret att det snarare blivit tvärtom, det vill säga, att sammanhållningen blivit starkare. Åtminstone den interna sammanhållningen.

Det bör understrykas att denna bild visserligen är starkt framträdande, men den är varken helt entydig eller onyanserad. Det finns individer i grupperna som i varierande grad uttrycker att den dominerande upplevelsen under den här perioden snarare präglas av stor arbetsbelastning, stress och konflikter samt oro för hur man ska hantera smittspridning, sjukskrivningar, och så vidare.

Sammanfattningsvis ligger betydelsen av begreppet ”under rådande omständigheter” som ett övergripande raster över de teman som presenteras i följande avsnitt, vilket alltså innebär en förståelse för att alla aktörer gjort sitt bästa för att hantera den extraordinära situation som coronapandemins första våg inneburit.

## **SAMVERKANS OLIKA ANSIKTEN**

*Den har haft lite olika ansikten, men blivit bättre och bättre beroende på var man lägger fokus någonstans. Vilken samverkan? [MAS]*

I den regionala enkät som beskrevs i inledningsavsnittet finns ett antal frågor som handlar om hur samverkan har fungerat under pandemins första våg. Dessa frågor besvaras på lite olika sätt. På frågan ”Hur upplever du att samverkan i utskrivningsprocessen kring individen har fungerat under pandemin?” svarar majoriteten att den har fungerat ganska eller mycket bra, men på frågorna om huruvida pandemin ”har försvårat respektive förstärkt samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus” är svaren dock jämnt fördelade på båda frågorna. Lika många svarar att pandemin har försvårat samverkansarbetet som att pandemin har förstärkt det.

För att fördjupa oss i frågan om hur samverkan har fungerat frågar vi fokusgrupperna i början av intervjun hur de skulle tolka dessa enkätsvar samt om de tycker att samverkan har fungerat bättre eller sämre under våren och sommaren 2020? (I ett par intervjuer användes även begreppen bra eller dåligt). Intervjudeltagarna påpekar då att svaret dels beror på vem som svarar, alltså vilken funktion som blir tillfrågad, dels på vilken del eller aspekt av samverkan som åsyftas. De gör också en åtskillnad mellan samverkan generellt och samverkan kring utskrivningsprocessen. Den generella samverkan definieras inte på något tydligt sätt i intervjuerna, men beskrivs ofta som lokal eller intern. Ibland beskrivs

den även som en form av samverkan som krävs för att hantera covid-situationen överlag – och som involverar flera aktörer – men som inte specifikt rör stegen i utskrivningsprocessen enligt rutinen kopplat till LUS. Utifrån detta resonemang menar större delen av deltagarna att de generella samverkansprocesserna fungerat bra eller till och med bättre än tidigare, medan samverkan kring utskrivningsprocessen fungerat sämre. Flera påpekar också att samverkan utifrån den enskilde brukaren eller patientens perspektiv, antagligen fungerat ganska dåligt – eller åtminstone sämre än tidigare.

## Generell samverkan

*[Den generella] samverkan med alla aktörer har ökat i frekvens. Det har förbättrats, man har hittat vägar som man inte haft tidigare [...] Man har ökat förståelsen för varandras områden. [MAS]*

*[Samverkan] handlar mycket om att dela med sig, både av positiva och negativa erfarenheter. Alla måste ju inte uppfinna hjulet en gång till. [...] [Det är] viktigt att samarbeta och prata ihop sig. Även rent praktiskt, klarar ni er? För faller det någonstans så kan ju smittspridningen öka enormt. [Chef inom primärvården]*

Beskrivningarna av den generella samverkan präglas till stor del av det lösningsorienterade förhållningsättet som vi diskuterat i tidigare avsnitt. Eftersom nya problem uppstått är det flera deltagare som menar att samverkan blivit tätare inom vissa områden. Flera aktörer beskriver exempelvis att de hjälpt varandra med handskar och annan skyddsutrustning, men även med erfarenhets- och informationsutbyte, som att tolka och sprida information och direktiv, liksom smittskydd och provtagningsfrågor. SÄBO-läkarna lyfts fram av flera MAS:ar som en oundgänglig samverkanspart i den kommunala hälso- och sjukvården. En del verksamheter beskriver också att de behövt hitta nya vägar för samverkan och varit involverade i saker som de i normala fall inte deltagit i, vilket i sin tur ökat förståelsen för varandras respektive arbetsområden. Flera MAS:ar beskriver exempelvis hur de stöttat personal i hemtjänsten trots att det i vanliga fall inte ingår i deras arbetsuppgifter.

## Samverkan kring utskrivningsprocessen

*Samverkan i den meningen att få folk utskrivna från sjukhus och få allting att funka under de här svåra omständigheterna tycker jag har fungerat väldigt bra. Men sedan, det här arbetet runt LUS:en, och att hitta strukturerade arbetssätt att jobba enligt det nya, det har ju mer eller mindre släppts. [Biståndshandläggare]*

Samverkan kring utskrivningsprocessen beskrivs överlag ha fungerat sämre än innan pandemin och som citatet ovan antyder så gäller det framförallt de steg som innefattas i rutinen kopplat till LUS. Intervjudeltagarna upplever att aktörerna visserligen gjort vad de kunnat för att skynda på utskrivningar från sjukhusen, men är samtidigt överens om att det inte alltid skett så strukturerat som anges i rutiner och riktlinjer enligt

LUS. Olika aktörer har dock lite olika perspektiv på vilka delar av processen som har brustit och varför.

Några av de problem som uppstått i processen är enligt fokusgrupperna:

- **Osynliga vårdcentraler.** Uppfattningen om i hur hög grad vårdcentralerna har varit aktiva under perioden skiljer sig åt mellan olika kommuner och vårdcentraler, men överlag upplevs vårdcentralerna ha varit mer osynliga än tidigare. Man saknade information gällande fast vårdkontakt eller kring insatser och planering. Flera intervjudeltagare framför samtidigt en förståelse för att vårdcentralerna behövt prioritera andra uppdrag under våren, vilket även bekräftas av vårdcentralernas representanter.
- **Bristande digitalisering.** Att det varit svårt att efterleva LUS-processen förklaras delvis med att flera verksamheter saknat tillförlitliga tekniska- och digitala lösningar, framförallt vad gäller videomöten och flerpartssamtal.
- **Få SIP:ar.** Få SIP:ar har genomförts, vilket till stor del beror på svårigheterna med att ha möten med brukare och patienter under den här perioden. (De genomfördes dock inte i tillfredställande utsträckning innan pandemin heller).
- **Otydlighet kring smittskydds-och provtagningsförfarande.** Kommunerna upplevde initialt att det fanns en stor otydlighet kring provtagnings- och smittskyddsförfarande, exempelvis gällande hur man skulle hantera provsvar och väntan på provsvar i hemtagandet: Hur ska man hantera smittade personer? Finns det tillräckligt med platser för att ta hem dem? På vissa håll fanns det också brist på skyddsutrustning och otydlighet i vad som gällde kring användandet eftersom direktiven ibland var motstridiga och kunde tolkas på olika sätt. Smittskyddsfrågorna var också ett område som omgärdades av rädsla och oro.
- **Fragmenterad vårdkedja.** Biståndshandläggarna blev under en period beordrade att arbeta helger. Samtidigt gjorde vårdsamordnarna inom slutenvården inte det, och inte heller vårdcentralerna. På samma sätt hade verksamheter med ansvar för hemsjukvård under helger inget uppdrag att vårdplanera och de hade inte heller tillgång till WebCare. Detta innebar i praktiken att det var få patienter i behov av samordnad planering som skrevs ut från slutenvården under helgerna.
- **Många nya ansikten.** Flera intervjupersoner lyfter att samverkansarbetet under den första perioden präglades av många nya uppgifter och samarbetspartners. I vissa fall på grund av att personen själv var ny på sin position, men också för att man behövt samverka med nya aktörer eller avdelningar när patienter hamnat på sjukhus, avdelningar eller korttidsboende där de i normala fall inte skulle ha placerats. Detta innebar i sin tur att vissa personer har saknat erfarenhet eller tidigare uppbyggda relationer, etablerade rutiner och kontaktnät.

Även om utskrivningsprocessen beskrivs som problematisk i flera avseenden, finns det likheter i hur intervjudeltagarna talar om det mer generella samverkansarbetet. Betydelsen av begreppet ”under rådande omständigheter” gäller med andra ord även här. Samverkan uppges trots allt ha fungerat *ganska bra* eftersom aktörerna överlag haft överseende och förståelse för varandras svårigheter. Ett uttryck för detta pragmatiska förhållningssätt är exempelvis att man delvis har gått tillbaka till ”äldre” rutiner (alltså rutiner som användes innan LUS trädde i kraft) mellan slutenvården och kommunerna. Och även ifall SIP genomförts i lägre utsträckning än tidigare så har kommunen fortfarande koordinerat insatser med vårdcentralerna. En del problem har som sagt också avhjälpats genom att de professionella i vissa avseenden varit mer direkta eller informella i sin kommunikation med varandra. De kan till exempel ha ringt direkt till varandra istället för att kommunicera i WebCare.

Ytterligare en aspekt av samverkan kring LUS-processen som flera intervjudeltagare lyfter på olika sätt är, att restriktionerna kring besök och möten har inneburit att aktörerna varit mer beroende av varandra för information. Varje aktör har fått ta ett större ansvar och ur den aspekten har samverkan sett annorlunda ut.

*Vi får ju större ansvar att se mer övergripande med flera ögon. Alltså, det är vi tvungna till nu. [Chef inom socialtjänsten]*

Upplevelsen av hur samverkan har fungerat, såväl generellt som specifikt kring utskrivningsprocessen, påverkas av ett antal strukturella och kontextuella faktorer. Det kan till exempel handla om hur rutiner för samverkan ser ut i verksamheterna, aktörernas tidigare erfarenheter av att samverka med varandra, men också om aspekter som resurser, arbetsbelastning, ledning och de direktiv som givits från myndigheter och region, etcetera. I kommande avsnitt kommer vi att fokusera på ett antal teman som berör dessa faktorer.

## **INFORMATION: INITIALT KAOS, STORT INFORMATIONSFLÖDE OCH STÄNDIGT ÄNDRADE DIREKTIV**

I analysen av materialet har vi gjort en distinktion mellan *information och kommunikation*. Information handlar då om en slags förmedling, i bemärkelsen att man för vidare direktiv eller information uppåt eller nedåt i en organisationsstruktur, vilket till stor del är en ensidig väg. Medan kommunikation snarare handlar om dialog mellan olika parter. I fokusgrupperna beskrivs både information och kommunikation vara viktiga faktorer för en fungerande samverkansprocess. I nedanstående avsnitt diskuteras de frågor som rör information och i följande avsnitt de frågor som rör kommunikation.

### **Ständigt ändrade direktiv**

*Det som var sant klockan 13, var inte sant klockan 15. [MAS]*

Alla fokusgrupper har på något sätt berört det initiala ”informationskaos” som rådde under den första coronavågens initiala skede, det vill säga, omkring mars, april 2020. ”Kaoset” beskrivs ha bestått av ett enormt inflöde av information från regionen och olika myndigheter, exempelvis Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, och som även innefattade ständigt ändrade direktiv. Intervjudeltagarna beskriver hur dessa direktiv kunde ändras flera gånger per dag ”minut för minut”, eller från förmiddag till eftermiddag. De berättar även att nya direktiv kunde komma in sent på en fredag eftermiddag och börja gälla direkt. En MAS beskriver att det kom in 36 nya styrande direktiv från olika myndigheter under en tidsperiod av 8 veckor och att dessa dessutom kunde säga emot varandra, till exempel gällande provtagningsrutiner på SÄBO. Samma MAS liknar det här bombardemanget av direktiv som en ”korseld” som hen stod mitt i och försökte hantera.

### **Sortering och validering: Sprida information nedåt i organisationerna**

*Vårt uppdrag var att förhindra smittspridning och skapa trygghet, men för att skapa trygghet gäller det att man säger samma saker. Och det gjorde vi inte alla gånger. [MAS]*

Hur det stora informationsflödet har påverkat intervjudeltagarna beror till stor del på deras funktion eller position i ”förmedlingshierarkin”. Vissa har huvudsakligen varit mottagare och verkställare av information, medan andra, som MAS och chefer, haft en central roll i att sortera och validera information som kommer ”uppifrån” och föra den vidare i organisationen. Flera av intervjudeltagarna understryker hur viktigt det har varit att ha den här sorterande och kvalitetssäkrande funktionen och påpekar att en nyckel till att skapa trygghet (i såväl arbetsgrupper som hos brukare/patienter och anhöriga) är att säkerställa att alla har samma information, vilket var en svår uppgift när informationen förändrades så snabbt och ibland även var motsägelsefull. Den generella bilden är dock att flödet inom organisationerna har varit välfungerande.

Hur man har hanterat informationsflödet ser lite olika ut, men framförallt har det skett genom regelbundna arbetsplatsmöten och interna samverkansmöten, ofta flera gånger om dagen. En vårdsamordnare påpekar också att det har varit viktigt att få information skriftligt. När många olika direktiv och versioner är i omlopp är det viktigt att kunna peka på något som finns på pränt. Det är också ett sätt att undvika diskussioner och konflikt, menar hen.

Flera MAS:ar och chefer i kommunerna understryker emellertid att det hade underlättat om det funnits en samordnad funktion högre upp i informationsflödet som stöd för sorterandet. Då hade man kanske kunnat undvika hanterandet av så många motstridiga uppgifter.



## **”Föra upp kunskap”. Bristande kunskap om kommunerna och bristande delaktighet från kommunerna.**

*Vi som MAS:ar har haft mycket stora möjligheter att påverka uppåt. Och det har känts väldigt bra. För den kommunala hälso- och sjukvården syntes inte alls i början skulle jag vilja påstå. Det var bara regioner det handlade om. [MAS]*

En stor del av informationshanterandet har också handlat om att ”föra upp” kunskap om kommunerna till region och myndigheter. Flera av fokusgruppsdeltagarna uppfattar att beslut och direktiv som kom från region och/eller myndigheter ibland har varit dåligt underbyggda, vilket delvis kan bero på den allmänt pressade situationen, men också på grund av bristande kunskap om hur kommunerna fungerar och är organiserade. MAS:ar och chefer menar att en del av den här problematiken hade kunnat lösas om kommunerna i större utsträckning hade fått vara delaktiga i de forum där besluten fattades.

*Vi hade idéer från kommunen om vad vi behöver, men var tvungna att samarbeta med regionen i alla beslut. [MAS]*

Ett exempel på ett beslut som anses ha varit dåligt underbyggt är att biståndshandläggarna ålades att arbeta på helger, trots att övriga funktioner i utskrivningsprocessen inte var aktiverade på motsvarande sätt. Detta uppfattades av de flesta biståndshandläggare inte som ett stort problem, men tas upp som ett exempel på bristande logik och kunskap om kommunernas verksamheter. Några påpekar också att resurserna hade kunnat användas på ett bättre sätt.

Flera MAS:ar och chefer säger emellertid att de efter hand fick bättre möjligheter att lyfta information om kommunerna till regionen och olika myndigheter, huvudsakligen genom de så kallade klusterstrukturerna och menar att ”kunskapslyftandet” har varit en viktig aspekt i den här processen som också givit möjlighet till lärande. De menar också att den ökade kunskapen om kommunerna i bästa fall kan bädda för bättre samverkan och bättre underbyggda beslut i framtiden.

I detta sammanhang är det värt att nämna att Norrtäljemodellen skiljer sig från övriga kommuner eftersom deras organisationsmodell med ett kommunalförbund innebär att regionen och kommunen är samlad under samma tak. I Norrtälje har de därmed inte upplevt samma problem med kunskapsglapp mellan kommun och region som i andra kommuner.

### **Klustersamordningen**

Under våren etablerades nya strukturer för samverkan. Vårdcentralerna fick i uppdrag från regionen (LSSL/SLSO) att etablera samverkan med varandra i geografiska kommunkluster samt att utse en, eller vid behov, två klusterledare (samordnare) inom varje kluster. I klusterledarens uppdrag ingick även att etablera samverkan med andra lokala aktörer som till exempel kommunen, primärvårdsrehabilitering och Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Klusterledare och kommunrepresentanter hade även en regelbunden dialog med regionen via utsedda HSF-samordnare där länet delats in i tre områden (söder, Stockholm och norr).

I fokusgrupperna beskrivs klustersamordningen i stort ha fungerat bra. Mötena genomfördes digitalt, vilket deltagarna tycker har varit bra eftersom de sparat mycket restid. I flertalet av intervjuerna uttrycktes även att det kan vara ett bra koncept att fortsätta med i framtiden<sup>1</sup>.

En av kommunerna påtalar hur viktigt det har varit att de haft en driven klusterledare i deras klustersamordning, vilket även bidragit till att alla vårdcentraler deltagit i mötena. I denna kommun anser deltagarna också att man behöver ställa krav och vara lite ”*tuff med deltagandet*”, för att få med vårdcentralerna. I en annan intervju lyfter man från kommunens håll fram att klusterorganisationerna varit bra eftersom man därigenom fått draghjälp i att formalisera samverkan samt att ansvaret att kalla till samverkansmöten inte bara ligger på kommunens ansvar.

## KOMMUNIKATION

Kommunikation handlar i denna studie, såsom tidigare beskrivits, om dialog mellan aktörer, brukare/patienter och anhöriga. Eftersom risken för smittspridning inneburit starka restriktioner och begränsningar i möjligheten till fysiska möten, handlar en stor del av detta avsnitt följaktligen om alternativa sätt att mötas och kommunicera.

### WebCare, telefon och digitala lösningar

Flera intervjudeltagare säger att de har behövt förlita sig mer på informationsöverföring och kommunikation via WebCare under pandemin. Samtidigt påpekas det att systemet har stora brister och att det är ett ineffektivt och långsamt system.<sup>2</sup> En vårdsamordnare beskriver stressen, främst i början av pandemin, som uppstod på grund av trögheten i systemet och av att behöva vänta in den information hen behövde: *Har ni kvitterat? Jag vet att ni har öppnat, jag vill bara att ni bekräftar att så här ligger det till.*

I alla fokusgrupper säger deltagarna för övrigt att de använt tekniska och digitala lösningar, som telefon eller videosamtal, i betydligt större utsträckning än de gjort tidigare, vilket både gäller interna kontakter med kollegor och kontakten med samverkanspartners och patienter/brukare. Intervjudeltagarna har också både positiva och negativa erfarenheter av att använda dessa lösningar.

---

1. För att bygga vidare på klustersamordningen har förfrågningsunderlaget enligt LOV, Vårdval för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård reviderats och från och med 1 februari 2021 finns en specifik uppdragsbeskrivning rörande geografiskt samordningsansvar. Husläkarmottagningarna i varje kommun/stadsdel ska gemensamt utse en husläkarmottagning som, på strukturell nivå, ska ansvara för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen/stadsdelen vänder sig till. [<https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/huslarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm-2021.pdf>]

2. Ett nytt IT-stöd som ersätter WebCare är upphandlat. Rådande pandemi gör tidplanen osäker, men det är planerat att påbörja införandet av Lifecare SP under hösten 2021. Utöver nuvarande användare ska även nya verksamheter/ användare som inte har WebCare idag få tillgång till det nya IT-stödet, exempelvis primärvårdsrehab, ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) och hemsjukvård kvällar, nätter och helger. [<https://vardgivarguiden.se/utveckling/projekt/it-stod-utskrivning-fran-slutenvard/>]

Till de positiva erfarenheterna hör framförallt att de digitala lösningarna underlättat kontakterna mellan kollegor, och i vissa fall även mellan olika samverkande aktörer. Intervjudeltagarna påpekar att digitala möten, exempelvis via Zoom, Skype eller Teams, effektiviserar möten och frigör arbetstid, bland annat genom att man slipper restid. Vissa menar också att de kunnat ha en tätare kommunikation och även kunnat delta i aktiviteter som de annars behövt avböja på grund av tidsbrist. Utifrån dessa erfarenheter hoppas och förväntar sig flertalet deltagare att man använder sig mer av digitala lösningar i framtiden.

Det är dock flera verksamheter som har haft problem med sina digitala och tekniska lösningar och som beskriver det som ett stort hinder för samverkan under pandemin, främst när det gäller kontakt med brukare/patienter. Framförallt är det många som har saknat tillgång till fungerande videoutrustning, detta av flera olika anledningar. De som nämns är bland annat; säkerhet kring sekretess, upphandlingsregler, omorganiseringar, hemarbete och byte av lokaler eller tillfälliga lokaler. En verksamhet blev exempelvis av med sin utrustning i samband med en organisationsförändring och det finns även grupper av biståndshandläggare som har saknat utrustning då de suttit i tillfälliga lokaler med anledning av ombyggnationer. Till dessa problem kan tilläggas att aktörerna ofta använder sig av olika tekniska lösningar och att sekretessregler hindrar dem från att använda sig av aktörsöverskridande flerpartssamtal.

*Det finns ju uppenbarliga jättebra tekniska lösningar, men vi måste få ihop dem. Det går ju uppenbarligen att göra allt det här utan att ha fysiska möten hela tiden. [...] Om ni ändå har ett hembesök och har med er utrustning så att vi kan delta och tvärtom, det skulle ju gå framöver att nyttja lärdomarna [från pandemin] om man bara kan komma överens om vilka plattformar eller liknande man ska använda. [Biståndshandläggare]*

Problemen med bristande teknik har framförallt försvårat kommunikationen med patienter/brukare, vilket dels påverkat möjligheterna att göra adekvata bedömningar, dels gjort det svårare för patienter/brukare att föra sin egen talan och vara delaktig i processerna. Både biståndshandläggare och vårdsamordnare beskriver att kommunikationsvägarna har blivit längre och att det är svårare att göra bedömningar när man inte kan träffa den enskilde. Kontakten mellan biståndshandläggare och vårdsamordnare har blivit viktigare och fler bedömningar har behövt göras genom kontakt med anhöriga, vilket i sin tur skapat problem om de anhöriga inte kunnat träffa sina närstående. En vårdsamordnare beskriver att anhöriga har varit oroliga och ledsna och upplevt att stora och svåra beslut har hängt på dem. Anhöriga har blivit förvånade när de har förstått att deras närstående är i ett sämre skick än vad de har föreställt sig. Detta beror delvis på att sjukdomsförloppet är så snabbt, och att de inte har kunnat följa processen och se utvecklingen, men också på att det just är så svårt att förmedla behov och göra adekvata bedömningar på distans. Mycket tid har även gått till att prata med anhöriga som har haft ett stort behov av information.

*Vi [vårdsamordnare och paramedicinare] har suttit och ringt anhöriga gemensamt över högtalare för att informera om vårdtid, hur behoven ser ut, vad man kan förvänta sig... Vi har märkt hur stora behoven av information är och att vi är tydliga. Man ska gärna vara övertydlig. [Vårdsamordnare]*

Flera intervjudeltagare påpekar emellertid att alla problem inte hade löst sig genom fungerande teknik eftersom många äldre personer har svårt att hantera den. Både i telefon och videosamtal kan hörselnedsättningar, oro och kognitiva svagheter (exempelvis till följd av demenssjukdom) försvåra det. Utifrån rådande premisser har det alltså varit ett svårt problem att lösa.

En biståndshandläggare beskriver svårigheten med att prata med brukare bara på telefon så här:

*Det kan ju låta adekvat om man pratar med någon bara i fem minuter, absolut. Men sedan, kommer man hem till en sådan person förstår man ganska snart att det är kognitiv svikt, och att det inte fungerar. [...] när man är hemma hos någon så ser man ju andra saker. Dofter och man ser om det är skräpigt...*  
[Biståndshandläggare]

Flera biståndshandläggare lyfter samtidigt vikten av att ha olika digitala/tekniska hjälpmedel, för de fall där det passar att använda teknik. Det hade till exempel underlättat att kunnat ha videosamtal för att kunna visa saker visuellt och för att se hur personen man pratar med reagerar. En annat enkelt hjälpmedel är högtalartelefon eller högtalarpuck, som hade underlättat för flerpartssamtal, men som är något som flera verksamheter saknar.

Även inom slutenvården var man beroende av kollegor för informationsinhämtning. Framför allt i början av våren när det fanns en brist på skyddsutrustning. Eftersom enbart personer med skyddsutrustning kunde gå in till patienternas rum behövde man minimera mängden besök. En vårdsamordnare beskriver hur hen fick anpassa sig efter kollegors ärenden till patienterna för att inhämta eller överlämna information, vilket både kunde fördröja och försvåra kommunikationen. Det gjordes försök att lösa detta genom specifika patienttelefoner, men då de behövde desinfekteras hela tiden gick telefonerna sönder ganska snabbt så lösningen höll inte i längden.

Problemen med den digitala tekniken beskrivs huvudsakligen av kommunerna och slutenvården. De vårdcentraler som varit representerade i fokusgrupperna menar att de haft bra eller okej tillgång till digitala lösningar och de har även kunnat träffa patienterna i relativt stor utsträckning. En av vårdcentralerna menar att deras patienter snarare kan ha upplevt att de fått bättre service, eftersom de gjort hembesök i större utsträckning under pandemin än tidigare. De har även erbjudit videomöten och hittat lösningar för att kunna träffa patienten utan att hen behöver komma in på vårdcentralen, till exempel genom att möta upp på parkeringsplatsen.

## **Vikten av enhetlig information och kommunikation**

*Den som sätter på sig mest skyddsutrustning i en kommun, sätter ribban för alla andra. Att ha gemensamma regler är superviktigt. [Chef i primärvården]*

Det är flera deltagare från olika aktörer som påtalat vikten av enhetlighet och konsekvent information och kommunikation. I flera intervjuer lyfts exempel där kommun och primärvård tagit principbeslut att göra lika inom hemtjänst och hemsjukvård i vissa frågor för att det inte ska bli förvirrat för patienten/brukaren. Att göra och säga samma sak skapar trygghet för patienter/brukare som inte alltid vet vem som kommer från vilken aktör. Detta gäller inte bara aktörer och verksamheter inom en kommun. I och med att det finns verksamheter som jobbar mot flera kommuner så lyfts vikten av att kommunicera och göra lika även mellan kommuner.

I en intervju resonerar deltagarna också om vikten av att ge enhetlig information även inom verksamheter. De berättar i intervjun om hur det uppstått konflikter mellan personal inom olika enheter då det funnits en osäkerhet i vad som gäller vid kontakt med närstående, eller där närstående försökt spela ut olika enheter mot varandra.

## RELATIONER OCH TIDIGARE ERFARENHETER AV SAMVERKAN

*Krishantering blir aldrig bättre än de relationer vi har. [MAS]*

Avslutningsvis återkommer intervjudeltagarna frekvent till att goda och uppbyggda relationer spelar en viktig roll för hur väl kommunikationen mellan aktörerna fungerat under pandemin – och i förlängningen även hur väl samverkan fungerat. Alla aktörer lyfter att samverkan fungerar bättre med de samverkanspartners som man är vana att samarbeta med, där det finns etablerade kontakter och ett ansikte på personen man kommunicerar med. Det gör det lättare att lyfta luren och ringa när det behövs och är också en förutsättning för att kunna ha mer informella och prestigelösa samtal. En vårdsamordnare menar också att det är lättare att ta svåra ärenden per telefon eller videosamtal om man har en relation med varandra sedan tidigare. I detta sammanhang nämner flera aktörer att deltagande i olika samverkansforum eller mötesplatser, där de har haft möjlighet att etablera relationer med andra samverkansparter, har varit betydelsefulla.

*[Plötsligt var vi] tvungna att ta saker på telefon. Där märkte vi hur viktigt det var att vi hade byggt upp ett bra samarbete innan. För i de kommuner vi vanligtvis samarbetar med [...] upptäckte jag att de kände sig väldigt trygga med att kontakta oss vårdsamordnare och faktiskt fråga rakt ut: "Vad tycker ni? Är det här rimligt? Så här tänker jag". De kände sig trygga i den kommunikationen. [Vårdsamordnare]*

Några intervjudeltagare påpekar dock att det är vanskligt att lägga allt för mycket vikt vid de personliga relationerna och att även strukturella faktorer är viktiga för en fungerande samverkan. På de ställen där det finns strukturer och utarbetade rutiner för samverkan, och det är prioriterat, fungerar det oftast bra att samarbeta även med nya personer.

*Respekten för varandras roller och varandras kunskap. Och att den jag pratar med, som tillhör en annan organisation, också är trygg i sin roll och i sin kunskap, så att vi kan mötas och stötta varandra. Så att ingen känner att 'jag betyder mindre i det här än vad du gör' utan att det här faktiskt handlar om ett armkrokande. [MAS]*

## ARBETSMILJÖ

Hur man erfarit arbetsbelastningen under denna period skiljer sig mycket åt mellan olika funktioner och arbetsplatser samt om man haft patient-/brukarkontakter eller inte. En del verksamheter, främst biståndshandläggare inom kommunerna, upplever att de fått minskad arbetsbelastning och mer tid för reflektion, bland annat på grund av minskat patient-/brukarflöde, mer hemarbete och fler telefon- och videomöten. En biståndshandläggare beskriver exempelvis hur de plötslig befann sig i en situation där de hade mindre att göra än normalt. De kunde då använda den överblivna tiden till att reflektera över rådande arbetssätt och hur de skulle kunna förändra dem framöver – ett reflektionsarbete som de annars sällan har tid till. Biståndshandläggaren menar att reflektionsarbetet bidragit till att stärka arbetsgruppen och hoppas att det i sin tur kommer underlätta för fortsatta samtal kring rutiner och arbetssätt i förbättringsarbetet.

*Plötsligt har vi haft utrymme, och svängrum att... ”Varför gör vi det här? Hur gör vi det här?” Vi har börjat prata med varandra på ett bättre sätt. Alltså, värdera och diskutera som vi gör jättemycket nu kring LUS och så där, att vi måste ju också ändra vårt arbetssätt. Vi måste också jobba mer flexibelt och ha olika typer av möten. [...] Man kan ju inte bara ändra ett arbetssätt i ett snävt rum, utan vi behöver ju den här svängraden om man ska kunna ändra arbetssätten. [Biståndshandläggare]*

För vissa biståndshandläggare innebar också den pålagda helgjouren delvis minskad arbetsbörda eftersom det ”inte fanns något som behövde göras på helgerna”. De kunde då använda den tiden till dokumentation och andra arbetsuppgifter.

Vissa verksamheter, främst slutenvård och vårdcentraler, har även tillfälligt fått extra personalresurser genom omfördelningar av exempelvis rehabiliteringspersonal. En vårdsamordnare beskriver hur de fått förstärkning på avdelningen, vilken hen uppskattat mycket.

*Våra paramedicinare gick in som assisterande undersköterskor och började jobba helger, vilket var fantastiskt. När jag kom på måndagen och vår sjukgymnast hade varit här över helgen och i princip skrivit in alla nya patienter som kom. Så jag hade jättemycket information när jag kom på måndagen. [...] Vi hade också en arbetsterapeut som gick dubbelt med mig hela våren i princip, så vi delade på arbetet. För det var ett extremt tryck här då på flödet och på att skriva ut patienter, så då hade jag förstärkning. Verkligen. [Vårdsamordnare]*

Andra verksamheter har istället upplevt en mycket hög arbetsbelastning som inneburit både fysisk och psykisk stress, sjukskrivningar i personalgruppen samt oro bland såväl personal som patienter/ brukare och anhöriga. Det finns också personer i grupperna som varit nya på sina positioner och som därför upplevt att arbetsbördan och stressen varit extra svår. Intervjudeltagare från mindre kommuner beskriver också en särskilt sårbar situation då det är svårt att samverka och få stöd, eller få extra resurser tillsatta, då det finns få verksamheter och funktioner som har samma kompetens i kommunen. Samtidigt har det funnits en osäkerhet

kring hur mycket man kunnat förlita sig på samverkan med verksamheter i andra kommuner. En anledning till att arbetet upplevts som tungt har exempelvis varit att de behövt hantera besöksförbudet på särskilda boenden och slutenvårdsavdelningar, liksom kontakten med oroliga anhöriga som inte kunde träffa sina närstående. En vårdsamordnare beskriver svårigheterna med att enbart ha telefonkontakt i samband med att beslut behöver fattas kring fortsatt omvårdnadsbehov och insatser efter utskrivning.

*Kan man komma hem, ska man till ett boende, det är ju ett väldigt stort beslut. Så att då inte kunna samtala eller mötas är ju nästintill omöjligt då. [...] Många anhöriga har varit väldigt ledsna och känt att mycket hänger på dem i väldigt stora och svåra beslut. Och det är väldigt svårt för dem. För deras närstående kanske hör dåligt, kanske har svårigheter att hantera en telefon, prata i telefon och hur ska de då... De måste ju då också på något sätt förlita sig på det vi säger. [Vårdsamordnare]*

Mycket av det arbetet har handlat om att försöka förmedla information och berätta för de anhöriga.

*Det har varit en stor utmaning, och där är vi långt ifrån mål. När det gäller information och vad vi tror vi har förmedlat mot vad de vi talar med har uppfattat. Det kan vara en väldig skillnad. [Vårdsamordnare]*

Denne vårdsamordnare beskriver också att just detta att ta hand om chockade och ledsna anhöriga varit en del av hur arbetsförutsättningarna förändrats under våren. På en direkt fråga svarar hen att upplevelsen är att de inte heller fått särskilt mycket stöd i detta. Även inom kommunen har man i vissa fall upplevt att besöksförbudet på boenden bidragit till oro och varit en utmaning för personal som behövt bemöta anhöriga som på olika sätt försökt att ta sig in.

En vårdcentral beskriver hur pandemin, och den generella oron i samhället, bidragit till en ökad psykisk stress och oro hos personalen, vilket även inneburit en ökad sjukfrånvaro, framför allt bland personal som redan före pandemin var ”psykiskt sköra”. Vårdcentralen påpekar vidare att det varit en utmaning att få personalen att må bra i denna situation och beskriver hur de aktivt arbetat med att få personalen att känna sig tryggare genom information, instruktioner och repetition.

Även slutenvården beskriver den psykiskt stressande situationen under våren på olika sätt.

*Stressen att jag inte kan påverka någonting, och det dumma att jag också kände stress. Det kunde vara att man hade planering för en patient och så kom man hit dagen efter och tyvärr... planeringen är klar... jaha, patienten dog [i natt]. Det var mycket så här i början. [Vårdsamordnare]*

## **ANSVARSGRÄNSER OCH GRÄNSÖVERSKRIDANDEN**

Samverkan är en process som handlar mycket om att mötas över verksamhetsgränserna och få ihop olika ansvarsområden. Det här temat handlar om vilken betydelse ansvarsgränser och gränsöverskridanden har fått under den här krissituationen.

I fokusgrupperna ställer vi den explicita frågan om huruvida deltagarna uppfattat att de överträtt gränser eller ansvarsområden i större utsträckning under pandemin. Även om intervjudeltagarna inte alltid ger konkreta svar på frågan så beskriver de under intervjuerna ändå ett antal situationer där de på olika sätt överskridit sina egna ansvarsområden, antingen för att ta över någon annans arbete (som man upplever inte görs) eller för att möta ett behov eller fylla ett glapp där ansvarsfördelningen är otydlig.

En aspekt av gränsöverskridanden som vi redan har varit inne på handlar om att använda sig av mer eller mindre ”informella strategier” för att hantera en kaotisk och akut situation. Som vi beskrivit i tidigare stycken uppger flera intervjudeltagare att man med vissa samverkansparter varit lite mer informell och rakt på sak, vilket är ett sätt att effektivisera kommunikationen och ta snabbare beslut. I vissa fall kan de informella strategierna också handla om att runda vissa rutiner och ”kasta regelboken i sjön” som en intervjudeltagare beskrev saken.

Ytterligare gränsöverskridanden illustreras av följande exempel.

### **”Att lösa det outtalade”: överskridande för fylla ett glapp**

Här handlar gränsöverskridandet om att arbeta utöver sina egna ansvarsområden för att täppa igen glapp där det inte redan finns en tydlig ansvarsfördelning. En sådan situation gäller exempelvis vem som har ansvar för att hemtjänstpersonalen får den information och utbildning de behöver när det gäller smittskydd, smittfriförklaring och andra hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor. Flera av de MAS:ar som deltog i fokusgrupperna uppfattar att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen kring hemtjänstpersonalen som består i att regionen har sjukvårdskunskap och kommunen arbetsgivaransvar. De pekar också på att denna otydlighet bidrar till en oro hos både brukare och anhöriga som inte riktigt vet var de ska vända sig med frågor kring detta.

Denna situation har hanterats på olika sätt i olika kommuner. I flera intervjuer beskriver MAS:ar att de till viss del gått utanför sina ansvarsområden genom att inkludera hemtjänsten i sitt arbete på ett sätt som de inte brukar göra. I en kommun beskriver MAS och en chefssjuksköterska att de tillsammans ”löst något som är outtalat”, det vill säga, att de löst ett problem innan det hann uppstå ”*för att det behöver göras*”. I denna kommun menar de att man kunnat lösa problemet eftersom det funnits ett gott samarbete mellan primärvård och kommun, men också för att personerna på respektive ansvarsposition har lång erfarenhet av yrket och är etablerade i sina funktioner. De beskriver sig själva som ”gamla rävar” och resonerar samtidigt kring hur det hade varit om de varit nya eller mer osäkra i sina roller; hur hade det gått då?

### **Överskridande för att ta över någon annans ansvar**

En annan aspekt av gränsöverskridande handlar om att ta över arbete eller ansvar från någon som man uppfattar inte uppfyller sitt uppdrag för att få vårdkedjan att hålla samman. Ett exempel på det är hur delar av slutenvården upplever att de tagit över mer av vårdcentralernas jobb när de blivit mer passiva.



*[Vi behöver] ta över och ligga på vårdcentralerna, vara drivande i frågan hela tiden [...] exempelvis gällande SIP eller egenvårdsintyg. Att de inte är med från början av processen och startar sin planering, utan det kommer ofta någon liten chatt strax innan patienten ska planeras hem. "Hej, behövs några insatser från oss?" och då tänker jag, men vänta nu, har inte ni varit med? Ni har ju fått hur mycket information som helst. [Vårdsamordnare]*

Det finns också erfarenheter av att slutenvården inte skrivit in patienter i WebCare. I ett par intervjuer resonerar intervjudeltagarna kring att en möjlig förklaring till detta handlar om bristande resurser inom slutenvården och att registreringarna blev en bortprioriterad uppgift under pandemin. I en annan intervju förklarar deltagarna detta med att patienter hamnade på andra avdelningar än vanligt och att det därför fanns en ovana att kommunicera via WebCare.

Konsekvenser av detta har i vissa fall varit att patienter/brukare har kommit hem utan primärvårdens eller kommunens kännedom, trots att det alltså funnits behov av samordnade insatser. I en kommun upprättades en rutin att dagligen ringa runt till sjukhusavdelningar för att stämma av vilka som var inskrivna, för att få en uppfattning kring behov av planering. En biståndshandläggare i kommunen beskriver även hur de har tagit över ansvar för kommunikation i WebCare.

*LUS:en arbetet har backat och vi tar ett större ansvar. [...]Vi går in ännu mer med hängslen och livrem och kollar... [När] sjukhus söker vårdcentraler via WebCare och vårdcentralerna inte svarar, tar vi ett ansvar för det och skriver i chatten. "Jag tror inte att du kommer att få ett svar här, utan du får ringa till..." Sådana saker. [Biståndshandläggare]*

### **Vikten av att respektera ansvarsgränser**

I detta sammanhang är det emellertid betydelsefullt att påpeka att flera intervjudeltagare också understrukit vikten av att tydliggöra och hålla på gränser och ansvarsområden, särskilt i en krissituation. För vad händer om man går över varandras ansvarsområden på längre sikt?

I en grupp diskuterar de dilemmat på följande sätt:

*Det är vanskligt att säga att man inte behöver ha former för vissa saker. Vi tror att vi kommer lösa det under tiden eftersom alla har goda intentioner, men när resurserna börjar bli väldigt knappa, folk är utarbetade och det är tufft, då kommer revirtänket tillbaka. Och då tror jag inte att man vinner tid på det, utan jag tror att man måste vara ganska konkret från början med gränsdragningar. Och det är inte för att man vill vara dum, utan det är snarare så att när man har koll på varandras gränser då har man också mer ödmjukhet inför de olika svårigheter som vi har. Så det är viktigt, tycker jag, att man gör gränsdragningar i ett tidigt skede, även ifall alla går in med, "nu jävlar kavlar vi upp ärmarna och kör", vi hjälper varandra. För sedan sitter man i en svår situation och då måste någon dra det långa strået så att säga, och då är det hjälpsamt om man har färdiga former från början [...]*

*När man har tydliga gränser så är det också lättare att veta när man faktiskt är juste och hjälper till, eller när det är så att man inte har kommit överens om det från början. Då kan det bli en konstig situation. Det handlar mer om att man behöver ha ödmjukhet inför att man faktiskt gör olika saker, och att vi måste prioritera olika saker. [Chef i primärvården]*

Flera deltagare har i likhet med chefen i citatet ovan beskrivit gränsdragningar och överskridanden som en svår balansgång: Å ena sidan kan man behöva gå över sina ansvarsgränser för att lösa en akut situation i stunden, men å andra sidan riskerar man då att skapa både strukturella och individuella problem på längre sikt. Resurser tilldelas exempelvis i vissa fall utifrån avtalsgränser och om inte dessa gränser följs kan det vara svårt att se om resurstilldelning är tillräcklig för att klara av uppdraget eller inte. Som chefen i citatet påpekar är det också riskabelt att bygga en samverkansstruktur som bygger på en förväntan på att enskilda medarbetare ska vara justa. Även om enskilda medarbetare vill vara det, kanske de inte har överblick över situationen, vilket helt enkelt kan leda till att enskilda medarbetare kan lämnas med större arbetsbörda eller ansvar än de mäktar med. I citatet påpekas att det därför är viktigt att ha kunskap om var respektive aktörs ansvarsgränser går, så att man dels förstår vilka eventuella svårigheter andra aktörer sitter med, dels vet när man själv eller någon annan just är juste – eller just inte har möjlighet att vara justa.

Tydliga gränser behövs också för att man ska kunna utkräva ansvar. De är även viktiga ur ett patient- och rättssäkerhetsperspektiv. I en intervju resonerar gruppen kring hur man under pandemin är mer benägen att riskera mer än vad man normalt hade gjort. Man löser situationen för stunden, men det sker inte alltid på det mest optimala sättet. Samtidigt lyfter gruppen att det är viktigt att försöka behålla lösningsviljan istället för att hänvisa till revir och uppdrag.

## **KONSEKVENSER FÖR PATIENTER OCH BRUKARE**

Trots att fokusgrupperna diskuterar en del problem som uppkommit i kontakten med patienter och brukare under den första pandemivågen, tror de flesta att de negativa konsekvenserna ändå inte blivit så stora. ”Under omständigheterna” har det fungerat ganska bra. Alla har kommit hem från sjukhus och fått insatser från både kommun och vårdcentraler och det är få intervjudeltagare som säger att det skett några större avvikelser. Som tidigare nämnts uttryckte en vårdcentral till och med att patienterna nog uppfattade att de fått bättre service under den här perioden eftersom de fått tillgång till hembesök, videosamtal och uppföljande samtal i större utsträckning än tidigare.

Det som huvudsakligen uppfattats som problematiskt gäller svårigheterna, främst för kommunerna, att träffa brukarna och kunna göra adekvata bedömningar, liksom bristande möjligheter till delaktighet och inflytande för den enskilde. Bland annat till följd av otillräckliga tekniska lösningar och att få SIP:ar genomförts. I några fokusgrupper lyfter man även frågor som rör etik, sekretess och rättssäkerhet som problematiska, vilket främst handlar om att man i stor utsträckning varit beroende av andrahandsinformation från vårdpersonal och anhöriga eller av att förmedla information och beslut

via dem. Vissa intervjudeltagare har upplevt att samverkan kring den äldre, mer än förut, skett lite över huvudet på dem och tror att de ibland kan ha känt sig överkörda. Telefonkontaktarna har också inneburit att vissa brukare haft svårt att föra sin egen talan.

En vårdsamordnare uttrycker det på följande vis:

*Patienten kunde inte säga ja eller nej direkt till [biståndshandläggaren] utan det var alltid genom någon av oss i personalen på sjukhuset som förmedlade – ”vill du ha det här eller tackar du ja till det här?” [...] En del patienter var ju väldigt välmående och sen så dippar de ganska snabbt. Så ibland fanns det lite oro för hur det skulle bli hemma. [...] Vi var måna om att det ändå skulle sättas in insatser. Jag tror att en del patienter kanske kände sig lite överkörda i att vi var ”pushiga” att trycka på att de skulle ha hjälp hemma.*

Att man använder sig av anhöriga för information och kommunikation är visserligen inte unikt för pandemisituationen, men det har varit svårare även för de anhöriga att ha kunskap om den närståendes situation, behov och önskemål. I flera grupper påpekas att många anhöriga haft en extraordinärt svår situation och fått ta ett tungt ansvar att förmedla information och fatta beslut å de äldres vägnar.

Svårigheterna att inhämta och förmedla information har ibland lett till att man felbedömt brukarnas/patienternas behov vid hemgång och flera kommuner beskriver att de har fått ändra besluten efter uppföljning.

## **SJU LÄRDOMAR FRÅN CORONAPANDEMINS FÖRSTA VÅG**

I fokusgruppsintervjuerna ställer vi frågor om vilka lärdomar intervjupersonerna tar med sig från våren och om de själva ser några framgångsfaktorer kopplade till vårens samverkansarbete. Dessa lärdomar har beskrivits och berörts på olika sätt i tidigare avsnitt, men här ges en kort översikt av faktorer som deltagarna utifrån sina erfarenheter menar kan förbättra samverkan på olika sätt.

### **1. Kunskap om kommunal vård- och omsorg behöver ökas**

Den första lärdomen berör kunskapen om den kommunala hälso- och sjukvården. Det fanns hos ett flertal intervjupersoner en upplevelse av att det från regionen och olika myndigheters sida saknades kunskap om den kommunala hälso- och sjukvården, åtminstone inledningsvis. Deltagarna menade dock att den kommunala hälso- och sjukvården synliggjordes allt mer under pandemin och att kunskapen om området därmed höjdes, vilket är en viktig vinst från krisen som behöver förvaltas även framgent.

### **2. Stort samordningsbehov mellan kommun och region**

Den andra lärdomen rör samordningsbehovet mellan region och kommun, ett område som visserligen är känt sedan tidigare, men som fokusgruppsdeltagarna anser behöver lyftas fram ytterligare till politiker och beslutsfattare.

Norrtälje skiljer sig i detta avseende från övriga fokusgrupper eftersom deras Kommunalförbund samlar kommun och region under samma tak. Norrtälje menar att deras system ger dem gynnsammare förutsättningar eftersom de kan ställa krav på att alla utförare ska erbjuda både hemsjukvård, hemrehabilitering och hemtjänst för att bli godkänd inom deras kundval.

### **3. Behov av samordnad informationskanal**

Den tredje lärdomen handlar om vikten av att kunna ge tydlig och enhetlig information, dels för att skapa trygghet i organisationerna, dels för att samverkan mellan parterna ska fungera effektivt. Med tanke på den stora mängd information och direktiv som kom från olika håll i början av pandemin menar flera deltagare att det vore önskvärt med en samordnande funktion för både region och kommun som kan bistå när det uppstår stora informationsflöden. Syftet med en sådan funktion skulle vara att kvalitetssäkra, tolka och förmedla information och direktiv som ska vidare inom respektive organisationsstruktur.

### **4. Gemensamma tekniska och digitala lösningar är viktiga att få till stånd**

Den fjärde lärdomen handlar om vikten av att ha tillgång till gemensamma tekniska och digitala lösningar för alla aktörer. I fokusgrupperna beskrivs inte detta bara som en lärdom utan också som en absolut förutsättning för att samverkan ska fortsätta att fungera och förbättras. Det finns även behov av nya digitala kommunikationsvägar som alternativ till WebCare.

### **5. Samverkan genom klusterorganisationer och vikten av en tydlig ledning**

Den femte lärdomen rör samverkan i den nya klusterstrukturen. Generellt säger de berörda deltagarna att de ser flera samordningsvinster med klustersamverkan och att de gärna fortsätter med den i olika former. Ytterligare en lärdom i sammanhanget är att ledarskapet i dessa kluster är viktigt eftersom en driven och sammankallande samordnare kan få med alla aktörer och verksamheter.

### **6. Vikten av uppbyggda samverkansrelationer**

Den sjätte lärdomen handlar om vikten av uppbyggda relationer för en fungerande samverkan. I fokusgrupperna lyfter deltagarna på olika sätt fram att det har varit lättare att samarbeta när det finns en historik och uppbyggda strukturer för samverkan sedan tidigare. Det konstaterades vidare att etablerade kontakter och mötesplatser, exempelvis samverkansforum, är en viktig aspekt av samverkansarbetet då det gör det lättare för aktörerna att ta kontakt med varandra och diskutera svåra frågor. Det ger dem också en ökad förståelse och respekt för varandras arbete, ansvarsområden och förutsättningar.

### **7. Nära och tät kommunikation underlättar samverkan**

Den sjunde och sista framgångsfaktorn handlar om vikten av att ha en tät och nära kommunikation. Fokusgruppsdeltagarna understryker att en viktig del i att samverkan trots allt fungerat ganska bra ”under rådande omständigheter” är att

man stöttat varandra och kontinuerligt hållit varandra informerade och uppdaterade. Flera beskriver också hur de lagt tid på att upprätta och förbättra kontakt- och kommunikationskanaler för att få till ett fungerande informationsflöde.

Ett flertal av de lärdomar som fokusgrupperna lyfter fram har även belysts i samverkansforskning och i andra rapporter rörande äldreomsorgens situation under coronapandemin. Dessa kommer vi att diskutera närmare i nästkommande avsnitt.

## 6. Att göra det osynliga synligt: Sammanfattande reflektioner och tankar för fortsatt utvecklingsarbete

*Samverkan, ja den syns ju inte, den ska bara finnas där. Och den är svår att ta på, och det märks ju när den inte finns. Men när det är bra samverkan så tänker man inte på det. [Chef inom socialtjänsten]*

Den här rapporten handlar om att synliggöra erfarenheter av samverkan under coronapandemin, med begränsning till våren 2020. Ett övergripande resultat är att pandemin på många sätt just satt ljuset på vikten av att samverka, på gott och ont. De svagaste länkarna har blivit tydligare, men också de starkaste. Å ena sidan har man upptäckt – eller återupptäckt – att det finns ett antal brister, framförallt på strukturell nivå. Ett flertal av dessa har också blivit belysta i andra sammanhang, inte minst i Coronakommissionens första delbetänkande som kom i december 2020 (Coronakommissionen, 2020). I likhet med fokusgrupperna i den här studien pekade kommissionen exempelvis på en låg kunskapsnivå och bristande helhetssyn på nationell nivå vad gäller kommunal hälso- och sjukvård, brister i delaktighet och insyn från kommunernas sida i de beslut som rör deras verksamhet – framförallt vad gäller deras sjukvårdsansvar i särskilda boenden och hemtjänst – samt problem och glapp i samordningen som uppstår med två huvudmän. Coronakommissionen har också förordat en omstrukturering i styrningen av äldreomsorgen som även inkluderar den medicinska vården (a.a.).

Liksom fokusgrupperna i den här studien pekade också kommissionen på svårigheterna för kommunerna att hantera det stora och ständigt föränderliga informationsflöde som kom från olika avsändare under våren. Vidare är kommissionen och denna rapport samstämmiga i att det i många kommuner har varit MAS:ar som hanterat informationsströmmen, men på flera håll har det saknats strukturer för hur informationen skulle samordnas och spridas. Kommissionen påpekar samtidigt att många MAS:ar upplevde att det saknades information som var inriktad till hemtjänstens personal, vilket även uttrycktes i denna studies fokusgrupper (Coronakommissionen, 2020). I föregående avsnitt om vilka lärdomar som dragits under pandemin, framkom också ett önskemål om att inrätta en samordnad funktion på nationell/regional nivå när det uppstår stora informationsflöden.

SKR lyfter i en tidig spaning fram att det skett stora ”digitala språng” inom vård och omsorg under våren 2020 (SKR, 2020). Fokusgrupperna i denna rapport visar dock på mer tvetydiga resultat i denna fråga. I många fall har den digitala utvecklingen verkligen tagit ett stort språng, och flertalet deltagare lyfter detta som en positiv konsekvens av krisen. De positiva aspekterna gäller inte minst möjligheterna att ha digitala möten med kollegor och samverkansparter. Inom vården har de också haft relativt goda möjligheter att ha digitala möten med patienterna. Det finns dock även erfarenheter som är mer negativa och där digitaliseringsutvecklingen snarare bör betecknas som myrsteg än språng – och ibland även som tillbakagång. Flera verksamheter vittnar om att de stått helt utan fungerande digitala verktyg eller tillgång till säkra gemensamma lösningar för flerpartssamtal, vilket huvudsakligen försvårat kontakten med patienter/brukare liksom deras möjlighet att vara delaktiga i utskrivningsprocess och planering. Behovet av gemensamma tekniska och digitala lösningar är alltså fortfarande stort.

En av de mer genomgripande slutsatserna i denna studie är att man tagit ett steg tillbaka vad gäller implementeringen av LUS (lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård). Även om den generella samverkan fungerat bra, har samverkan enligt rutinen kopplat till LUS inte fungerat så som det är tänkt. I vissa fall rapporteras även att man gått tillbaka till gamla arbetssätt. Fokusgrupperna pekar på ett antal brister i utskrivningsprocessen, men framförallt gäller det brister i patienter/brukares delaktighet och möjligheterna att genomföra SIP:ar. Till viss del hänger detta samman med bristande digitala lösningar, men inte bara. Problemet att för få SIP:ar genomförs har påkallats i en rad studier även innan pandemin, och har av uppenbara skäl inte minskat när möjligheten att ha fysiska möten plötsligt försvårades avsevärt (Coronakommissionen, 2020; Stadsrevisionen, 2021). Ett av de problem som brukar lyftas i detta sammanhang är att vårdcentralerna inte kallar till SIP:ar i den utsträckning som LUS och den regionala överenskommelsen stipulerar samt generellt är frånvarande i samverkansprocesserna (Stadsrevisionen, 2021).

Å andra sidan har fokusgruppsdeltagarna också pekat på en rad positiva aspekter som synliggjorts under pandemin. Inte minst den kompetens, engagemang, flexibilitet och pålitlighet som medarbetarna i de olika verksamheterna uppvisat i en mycket allvarlig och pressad situation. Just flexibilitet är en aspekt som ofta nämns som en framgångsfaktor i samverkansforskning och det har verkligen framkommit i denna studie. Fokusgruppsdeltagarna har haft en påtaglig stolthet i rösten när de pratat om sina kollegor och hur man med gemensamma ansträngningar fått ihop arbetet och samverkan under våren 2020 – ibland genom att runda rutiner och gängse praxis för att kunna överbrygga glapp i ansvarsfördelningen eller lösa akuta situationer. Ett exempel på en sådan flexibilitet är hur MAS och personal på vårdcentral gemensamt stöttat personalen i hemtjänsten med sjukvårdskompetens, trots att man uppfattat att det inte finns någon tydlig anvisning för hur problemet ska lösas eller vem som har ansvaret. Det är med andra ord ett tydligt exempel på hur man genom flexibilitet och prestigelöshet lyckats identifiera och överbrygga det som Tyrstrup kallat för ett ”organisatoriskt mellanrum” (Tyrstrup, 2007). Andra situationer som medarbetarna löst med gemensamma ansträngningar handlar om tillgång till skyddsutrustning och informationsfrågor.

Ytterligare en positiv aspekt av vårens arbete är hur man genom tät kommunikation arbetat med att hantera informationsflödet och skapa trygghet i organisationerna. En del verksamheter beskriver också att de behövt hitta nya vägar för samverkan och varit involverade i sådant som de i normala fall inte deltagit i, vilket i sin tur ökat förståelsen för de olika aktörernas respektive arbetsområden.

De fokusgruppsdeltagare som deltagit i klusterorganisationerna har påtalat att det är en samverkansform som fungerat väl. En lärdom som dragits från detta arbete är också att ett tydligt och drivet ledarskap behövs för att skapa ett högt deltagande, och när alla parter deltar påverkas samverkansarbetet i en positiv riktning. I enlighet med detta resultat så är vikten av ett tydligt ledarskap också en ofta angiven framgångsfaktor i samverkansforskning (Palm, 2018; Socialstyrelsen, 2013).

Fokusgruppsdeltagarna har därutöver återkommande beskrivit att relationerna mellan medarbetarna är en viktig del i att samverkan fungerat så pass bra under pandemin. Som så ofta påpekas i samverkansforskning anges relationerna vara en förutsättning för att kunna mötas och överbrygga gränser, för med dem kommer också tilliten och respekten för varandras kompetens och ansvarsområden (Enell & Denvall, 2018; Forkby, 2008). Det finns ett talesätt om att man måste veta var gränserna går för att kunna bryta dem, och det tycks även gälla i detta sammanhang. Det är viktigt att känna till sina egna och andras gränser, både för att kunna respektera dem och för att – när det är nödvändigt – bryta dem. Fokusgrupperna pekar också på att goda relationer inte uppstår ur intet, man behöver jobba på dem. Det är således både viktigt att arbeta på strukturer och rutiner som främjar samverkan inom de egna verksamheterna (där trygghet och kompetens inom det egna arbetet och ansvarsområdet ingår) och att skapa forum där man kan stärka samverkansparternas relationer, motivation och kunskap om arbetsprocessen och om varandra.



# Referenser

- Axelsson, R., & Bihari Axelsson, S.** (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *Health Planning Management*, 21 (1), 75–88.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S.** (Red.) (2013). *Om samverkan: för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Bernhardsson, J.** (2014). *Normalitetens gränser [Elektronisk resurs] en fokusgruppstudie om alkoholkultur(er), genus- och åldersskapande*. Diss. Stockholm: Stockholms universitet, 2014. Stockholm.
- Coronakommissionen** (2020). Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen (SOU 2020:80). Norstedts Juridik.  
[https://www.regeringen.se/4af379/contentassets/a8e708ff5e84279bf11adbd0f78fcc1/sou\\_2020\\_80\\_aldreomsorgen-under-pandemin.pdf](https://www.regeringen.se/4af379/contentassets/a8e708ff5e84279bf11adbd0f78fcc1/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin.pdf)
- Demant, J.** (2012). Natural interactions in artificial situations: Focus groups as an active social experiment. In L. Naidoo, (Ed.): *Ethnography*. Croatia: Intec.
- Enell, S. & Denvall, V.** (2018). *Att överskrida gränser för barnens bästa: Tidigt och förebyggande arbete i Växjö kommun*. (Rapportserie i socialt arbete, 2018: 1). Institutionen för socialt arbete, Linnéuniversitetet. <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1217570/FULLTEXT01.pdf>
- Forkby, T.** (2008). *Gängrelaterat ungdomsarbete: utvärdering av Ung & trygg i Göteborg*. (1. uppl.) Göteborg: FoU i Väst.
- Kvale, S.** (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lag (2017:612)** om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Hämtad 2021-04-23: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran\\_sfs-2017-612](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612)
- Lasker, R. D., Weiss, E. S., Miller, R.** (2001). Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *The milbank quarterly*, 79 (2), 179–205.  
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00203>
- Laura R. Bronstein** (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration, *Social Work* 48 (3), 297–306. <https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297>
- Mattessich, P. W., & Monsey, B. R.** (1992). *Collaboration: what makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. Amherst H. Wilder Foundation, 919 Lafond, St. Paul, MN 55104.

- Palm, I.** (Red.). (2018). *Modell, makt, möten. Interorganisatorisk samverkan inom offentliga sektorn i Sverige*. Halmstad: Gidlunds förlag.
- Region Stockholm och Storsthlm** (2020). Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Stockholms län.  
[https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/samverkansomraden/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/om-lag-overenskommelse-riktlinje/regionaloverenskommelse2020\\_samverkan-utskrivning.pdf](https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/samverkansomraden/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/om-lag-overenskommelse-riktlinje/regionaloverenskommelse2020_samverkan-utskrivning.pdf)
- Region Stockholm** (2021). *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval: Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*. Vårdval i Stockholms län. Gäller from 2021-02-01.  
<https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/varдавtal/varдval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm-2021.pdf?IsPdf=true>
- SKR** (2020, 2 juli). *Samverkan och förnyelse: En spaning över omställningen i hälso- och sjukvården under fem månader med corona*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-835-7.pdf>
- Stadsrevisionen** (2021). *Samverkan utskrivna patienter från slutenvården*. Revisionsrapport från Stadsrevisionen, (Nr 2, 2021). DNR: RVK. 2021/ 62.  
<https://start.stockholm/globalassets/start/om-stockholms-stad/politik-och-demokrati/revision/revisionsrapporter/projektrapport-2021-nr-2-samverkan-utskrivna-patienter-fran-slutenvard.pdf>
- Socialstyrelsen** (2013). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-8-1.pdf>
- Vårdanalys** (2020). *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Rapport 2020:4. <https://www.vardanalys.se/rapporter/laga-efter-lage/>
- Vårdgivarguiden** (2021, 3 maj). *Lifecare – nytt IT-stöd för utskrivning från slutenvård*. Hämtad 2021-05-04. <https://vardgivarguiden.se/utveckling/projekt/it-stod-utskrivning-fran-slutenvard/>
- Tyrstrup, M.** (2007). *Organisatoriska mellanrum: om kompetens, samverkan och godtycke i kunskapsintensiva verksamheter*. Stockholm: Centre for Advanced Studies in Leadership.

# Bilagor

## BILAGA 1. INTERVJUGUIDE

### Introduktion och presentation

- Hej och välkomna!
- Syftet med intervjun och studien samt vad den ska resultera i.
- Informerat samtycke och information om hur intervjun kommer användas och behandlas.
- Ramarna för intervjun: tid, intervjuteman, ”förhållningsregler”
- Presentationsrunda och in-check: Namn, position, verksamhet, incheckningsfråga: vad är det första ord ni tänker när vi säger corona och samverkan? (Max tre ord).

### Intervjuteman

#### Erfarenheter av samverkan

Enkäten visar ganska tydligt att det finns spridda erfarenheter av hur samverkan fungerat under våren. På frågan om hur utskrivningsprocessen har fungerat svarar majoriteten att den fungerat bra, men det är fifty/fifty på frågor om huruvida pandemin försvårat eller förstärkt samverkansarbetet.

- Det här svaret kan bero på flera saker. Det kan bero på att det fungerat bättre för vissa verksamheter eller funktioner än för andra? Att det fungerat olika bra eller dåligt i olika delar av processen? Hur skulle ni tolka resultaten?
- Tillhör ni dem som tycker att det generellt har fungerat bättre eller sämre? (På vilket sätt – vad beror det på?).

#### Struktur – Hur har förutsättningarna sett ut?

- Vad har ni haft för förutsättningar? På vilket sätt har covid-pandemin påverkat förutsättningarna för att samverka/göra ert arbete?
- Utifrån nya direktiv, riktlinjer/ rutiner – Hur har informationsspridning gått till/ hur har informationsflödet sett ut? Har ni fått den information ni behöver för att kunna göra ert arbete?
- Har ni haft tillräcklig med kunskap och resurser (exempelvis för att veta vad som är prioriterat, skyddsutrustning, personal)? Har det funnits situationer där ni saknat riktlinje eller inte vetat vad ni ska göra?

- Klusterorganisationen. Hur har denna organisering och dessa möten upplevts? Ändamålsenliga, effektiva? Bidragit till/underlättat samverkan?

### **Process – Hur har samverkan sett ut i praktiken?**

- Hur har samverkan gått till i praktiken? Var och när har samverkan skett? Hur har man gjort för att lösa behoven utifrån förutsättningarna?
- Exempelvis: för planering, hembesök, SIP-möten, andra möten och forum, kommunikation, behovsbedömningar samt resp. aktörs roll och ansvar (ex fast vårdkontakt). Hur har ni löst det? Nya arbetsrutiner/arbetsformer?
- Digitalisering. Hur har det fungerat med alternativ till fysiska möten?
- Hur har man hanterat sekretess? Exempelvis balansgången mellan sekretess och smittskydd.

### **Ansvarsgränser**

Samverkan är ju en process, och handlar mycket om att mötas över verksamhetsgränser och få ihop olika ansvarsområden. Forskning pekar på att de kan vara lättare att rucka på sådana gränsdragningar i krissituationer, vilket gör att samverkan tillfälligt fungerar bättre än tidigare.

- Har ni upplevt att de här gränserna har förflyttats i era verksamheter? På vilket sätt/Var har det skett isf? (Kan ju också vara så att samverkan försämrats/gränserna skärpts)

### **Resultat/ sammanfattning**

- Vad blev resultatet, hur uppfattas samverkan ha fungerat?  
Exempelvis: Har samverkan fungerat ändamålsenligt? Hur upplever medarbetarna i verksamheterna att det har fungerat för den enskilde? Finns det några framgångsfaktorer?
- Hade man kunnat göra på ett annorlunda eller bättre sätt? Vilka konsekvenser har det fått för er i ert arbete? För den enskilde?
- Viktigaste lärdomar att ta med sig, både inför framtida krissituationer, men även i ordinarie samverkansarbete?

### **Sammanfattning**

- Sammanfatta de viktigaste punkterna från intervjun och stäm av så att vi har förstått rätt.
- Lärdomar/framgångsfaktorer?

### **Övriga kommentarer**

- Har vi pratat om rätt saker? Något viktigt som vi missat att ta upp?

## BILAGA 2.

### SAMTYCKESBLANKETT FÖR MEDVERKAN I FORSKNINGSTUDIE

Under hösten 2020 kommer FoU Nordost utföra en studie om förutsättningar för samverkan mellan aktörer kring äldre personer i behov av samordnade insatser under Coronapandemin. Du har ombetts att medverka i en fokusgruppsintervju med anledning av ditt arbete inom en av de samverkande aktörerna.

Syftet med studien är att få en fördjupad förståelse för hur samverkan fungerat under Coronapandemin med målsättningen att lärdomarna ska användas i framtida utvecklingsarbete. Datainsamlingen görs genom digitala fokusgruppsintervjuer, enkät och dokumentgranskning. Resultaten kommer presenteras i en skriftlig rapport samt diskuteras med de deltagande verksamheterna.

Enligt **Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningsetik** behöver alla som deltar i en forskningsstudie lämna ett informerat samtycke. Vi ber dig därför att läsa igenom nedanstående information och skriva under blanketten om du samtycker.

Det är frivilligt att delta i undersökningen och du har rätt att avbryta din medverkan när du vill. Du har även rätt att ta del av de skriftliga rapporterna. När resultatet av studien redovisas kommer all information vara avidentifierad. Materialet förvaras inlåst och ingen obehörig kan ta del av det.

#### **Intervjuerna:**

- Tar 1–2 timmar och görs i grupp med deltagare från berörda aktörer inom respektive nordostkommun.
- Görs digitalt via Teams på en överenskommen tid.
- Spelas in digitalt, transkriberas och hanteras i övrigt med hänsyn till forskningsetiska regler och hantering av personuppgifter/ GDPR.

*Du får gärna kontakta oss om du har frågor om din medverkan eller undersökningen!*

Vänliga hälsningar,

Josefin Bernhardsson, forskningsledare; [josefin.bernhardsson@founordost.se](mailto:josefin.bernhardsson@founordost.se),  
070 – 087 02 04

Sara Ahrén, processledare, [sara.ahren@founordost.se](mailto:sara.ahren@founordost.se), 073 – 662 01 42

---

**Jag har tagit del av informationen ovan och ger mitt samtycke till att medverka i forskningsstudien.**

**Plats och datum:**

**Namnunderskrift:**

## **BILAGA 3.**

### **ÖVRIG DATAINSAMLING**

#### **Enkät**

Under våren 2020 tog regionens FoU-enheter som arbetar med äldre frågor; FoU Nordost, Äldrecentrum, FOU nu och Nestor FoU-center gemensamt fram en digital enkät. Enkätfrågorna handlade om samverkan kring äldre personer i behov av vård och omsorg mellan verksamheter inom slutenvård, primärvård och kommunal omsorg. Primärt relaterade frågorna till utskrivningsprocessen, men några handlade också om samverkan mer generellt. I nordostkommunerna skickades enkäten till 153 chefer och medarbetare som deltagit i samverkansforum i FoU Nordosts regi samt till nordostkommunernas socialchefer. I alla utskick fanns information om att länken gick att vidarebefordra till andra berörda personer inom relevanta verksamheter. Totalt inkom 28 besvarade enkäter. Nordostkommunernas enkätsvar har sammanställts separat av FoU Nordost, men de har även inkluderats i en regionsgemensam analys.

#### **Loggbok**

I april 2020 skickades en loggbok till berörda verksamheter där de med hjälp av stödfrågor kunde föra löpande anteckningar om fattade beslut och förändringar som genomfördes med anledning av coronapandemin. Utskicket gick till samma 153 chefer och medarbetare som enkäten. Verksamheterna uppmanades att förankra och själva bestämma vem eller vilka i verksamheten som förde anteckningar och på vilket sätt de ville göra det. Fyra loggböcker inkom, samtliga är sammanställningar från olika kommuner. Inga loggböcker inkom från den regionfinansierade slutenvården eller öppenvården.

#### **Dokumentgranskning**

I mitten av maj 2020 skickades en förfrågan om att få ta del av nya eller reviderade dokument inom verksamheterna samt dokument som berör samverkan mellan kommun (socialtjänst och kommunal vård och omsorg), slutenvårds- och öppenvårdsaktörer i nordostkommunerna under pandemin. Efterfrågade dokumenttyper var nya och/eller reviderade regionala och lokala överenskommelser, policys eller motsvarande, regionala och lokala riktlinjer samt regionala och lokala rutiner med anledning av Covid-19. Förfrågan skickas per mejl till funktionsbrevlåda/registrator i samtliga nordostkommuner samt registrator på SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde). Svar inkom från sex av sju kommuner samt från SLSO. Några bifogade dokument i sina svar medan andra skickade sammanställning med namn eller typ av dokument.