Nestor
Forskning och utveckling för äldre

NÄR SAMVERKAN STÄLLS PÅ SIN SPETS

En studie av samverkan och utskrivning av äldre enligt samverkanslagen (LUS) under coronapandemins första våg i södra Stockholms län

EMANUEL ÅHLFELDT
HELÉN LIEBERMAN-RAM

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 1:2021

FoU-rapport
Nestor FoU-center
2021

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö samt Region Stockholm. Vi vill genom praktiknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestorfou.se

Författare: Emanuel Åhlfeldt & Helén Lieberman-Ram
Titel: När samverkan ställs på sin spets – En studie av samverkan kring äldre personer och utskrivning från sjukhus enligt samverkanslagen (LUS) under coronapandemins första våg i södra Stockholms län

Nestor FoU-center 2021
ISSN 1652-4608
ISBN 978-91-85347-36-0

Nestor FoU-centers Skriftserie nr 01/21
© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Med denna rapport vill vi belysa hur samverkan mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg fungerade vid utskrivning av äldre personer under coronapandemins första våg, våren 2020. Att ta tillvara kunskap från den här unika perioden tror vi kan bidra till stärkt lokal samverkan och framtida utvecklingsarbete. Rapporten utgår från en regional enkät som togs fram gemensamt med de andra äldre-FoU:erna i Stockholms län (FOU nu, FoU Nordost och Stockholms läns äldrecentrum). I rapporten presenteras enkätresultatet från de södra delarna av länet, men enkäten kombineras också med dokumenterade samtal i Mötesplatser för lokal samverkan, som är fyra samverkansarenor som Nestor drivit sedan 2015. Den regionala enkäten i sin helhet kommer att rapporteras vid ett senare tillfälle.

Denna rapport tar upp flera områden som är aktuella inom samverkan vid utskrivning från sluten vård. Ett fokus ligger på hur samverkan i utskrivningsprocessen har fungerat under våren 2020 och vi hoppas att de aktörer som dagligen är engagerade i denna process finner stöd och information i rapporten. Rapporten synliggör inte oväntat att det krävs en fortsatt kraftsamling kring LUS-processen, i synnerhet i arbetet med SIP. Resultatet visar även hur samverkan över lag har upplevts fungera. Vi har valt att sätta dessa resultat i samband med forskning som belyser betydelsefulla faktorer för samverkan, med en förhoppning att kunna bidra med en pusselbit vid de beslut som måste fattas på olika nivåer om hur samverkan bäst kan byggas för att bli långsiktig och hållbar. Det handlar bland annat om vikten av att ha ett gemensamt mål med samverkan och att tydliggöra ansvar, roller och mandat.

Rapporten kan även vara ett stöd för de aktörer som ska organisera, leda eller stödja de samverkansforum, som tar form i Stockholm i och med den nya klusterorganisationen, där ett antal vårdcentraler ges geografiskt samordningsansvar. Rapporten indikerar att samverkansforum som får tid att utvecklas och etableras kan bidra till en stärkt organisatorisk samverkansförmåga som kan främja samverkansarbetet även utanför de specifika forumen. Det handlar inte bara om att bistå med en tydlig mötesstruktur. Rapporten visar inte minst på vikten av att säkerställa att alla berörda aktörer involveras i samverkansarbetet från början och att man lägger kraft på att bygga tillitsfulla relationer mellan deltagarna, bland annat genom att skapa förståelse och respekt för hur de andra verksamheterna fungerar. Som FoU i länet och med lång erfarenhet av att stödja samverkan, vill vi gärna bistå i detta arbete.

Författarna i denna rapport har bidragit med två kompletterande perspektiv. Emanuel Åhlfeldt har som forskare inom området, integrerat tidigare beforskad kunskap om samverkan med resultatet. Helén Lieberman-Ram har som initiativtagare och processledare i Mötesplatserna bidragit med sina mångåriga erfarenheter från arbetet med praktiken. Ingeborg Björkman, medarbetare på Nestor, har som forskare och processledare i Mötesplatserna bidragit med sina kunskaper under hela projekttiden, framför allt i början då den länsgemensamma enkäten togs fram.

Stockholm i mars 2021

Eva Lindqvist	Emanuel Åhlfeldt	Helén Lieberman-Ram
Med. dr	Fil. dr.	Leg. apotekare
FoU-chef	Projektledare	Projektledare
Nestor FoU-center		

Innehåll

Sammanfattning ... 6
Inledning ... 11
Begreppet samverkan ... 11
Statlig styrning för ökad samverkan ... 13
Förutsättningar för en fungerande samverkan ... 14
Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS) ... 15
Krisledningsorganisation under coronapandemin ... 16
Mötesplatser för lokal samverkan ... 17
Syfte och frågeställningar ... 17
Metod ... 19
Enkäten ... 19
Enkätens utformning ... 19
Urval och svarande ... 20
Statistiska metoder ... 22
Det kvalitativa materialet ... 23
Fritextsvar från öppna frågor ... 23
Dokumenterade möten inom Mötesplatser för lokal samverkan ... 23
Analys av fritextsvar och mötesanteckningar ... 23
Resultat – enkätsvar ... 25
Forum för samverkan ... 25
Konkreta aktiviteter i utskrivningsprocessen ... 26
Samverkan i utskrivningsprocessen ... 27
Samverkan kring individen ... 28
Information från ledningen ... 28
Primärvårsrehabs involvering ... 29
Pandemin förstärkte och försvårade samverkan ... 30
Mötesformer och kommunikationsteknik ... 31
Utfall för patienter och brukare ... 32
Betydelsen av samverkansforum ... 33
Resultat – fritextsvar och mötesanteckningar ... 35

Drivas av ett gemensamt mål ... 35
Nya kluster och etablerade mötesplatser ... 36
Bättre samverkan genom distansmöten och fler kontakter ... 36
Bristfällig information och uteblivet stöd ... 37
Aktörernas olika utmaningar i utskrivningsprocessen (LUS) ... 38
Utmaningar med SIP (samordnad individuell plan) under pandemin ... 40
Från utskrivning till hemgång ... 41
Nya sätt att organisera för bättre samarbete och samverkan ... 41
Mycket information att hantera och sprida i verksamheterna ... 42
Delaktigheten för de äldre minskade inom flera områden ... 43
Diskussion ... 45
Alla aktörer behövs i utskrivningsprocessen ... 45
Förstärkt och försvårad samverkan för olika aktörer ... 46
Digitala möten mellan vård- och omsorgsaktörer ... 47
Slutenvårdens positiva syn på samverkan ... 47
LUS-processen under pandemin ... 48
Delaktighet, behovsanpassning och trygghet för äldre ... 50
Etablerade samverkansstrukturer ... 51
Mötesplatser för lokal samverkan ... 52
Att bygga upp samverkansförmåga ... 52
Nyetablerade kluster ... 54
Formell samverkan och informellt samarbete ... 54
Avvägning mellan styrning och flexibilitet ... 55
En långsiktig samverkansstruktur ... 55
Fortsatt klusterorganisation i Stockholm ... 56
Metoddiskussion ... 57
Referenser ... 59

Bilaga 1. Statistiska analyser ... 62
Bilaga 2: Moment och aktiviteter i LUS-processen ... 65
Bilaga 3: Enkäten ... 71

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

Den här rapporten handlar om samverkan mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg i samband med utskrivning av äldre personer från sjukhus under coronapandemins första våg. För att möta pandemins konsekvenser i Stockholm inrättades en krisledningsorganisation med en regional särskild sjukvårdsledning (RSSL). Och för att koordinera arbetet lokalt bildades även en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) och geografiskt indelade kluster för samverkan mellan vårdcentraler, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och kommunal vård och omsorg.

Pandemin har varit en svår och krävande utmaning för vården och omsorgen, men krisen har även synliggjort styrkor och brister kring samverkan och därmed skapat möjligheter till lärande. För att fånga upp erfarenheter och synpunkter från de aktörer som hanterat och anpassat samverkan under pandemin genomförde de fyra FoU-enheterna på äldreområdet i Stockholms län[1] en gemensam webbenkät som gick ut i juni 2020. Syftet var att bidra med kunskap från den här unika perioden och ge stöd för en stärkt lokal samverkan och framtida utvecklingsarbete. Resultaten från den gemensamma enkäten kommer att presenteras vid ett senare tillfälle.

I den här rapporten har vi lyft ut resultatet från Nestor FoU-centers geografiska verksamhetsområde som är de tio kommunerna i södra länet (Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö).

Metod

Studien bygger på två datamaterial. Det ena är den ovan nämnda webbenkäten som innehöll drygt 50 strukturerade frågor med fasta svarsalternativ samt fyra öppna fritextfrågor. Det andra är fyra dokumenterade möten inom ramen för Nestors Mötesplatser för lokal samverkan, som är fyra geografiskt indelade samverkansforum i södra länet. De har funnits på plats sedan 2015 och inkluderar slutenvård (främst geriatriska enheter), äldreomsorg, vårdcentraler och primärvårdsrehab.

Enkäten riktades till yrkesverksamma inom vård och omsorg, inte patienter, brukare eller anhöriga. Den besvarades av 60 personer som på olika sätt var involverade i samverkan kring äldre personer som skrivs ut från slutenvården (svarsfrekvens 48 %). Majoriteten av de svarande hade en chefs- eller ledningsposition. Andelen svar var dock låg från utförare i äldreomsorgen.

Enkäten inkluderade övergripande frågor om samverkan mellan slutenvård, vårdcentraler, primärvårdsrehab och äldreomsorg samt mer specifika frågor om konkreta aktiviteter i utskrivningsprocessen. Den innehöll också frågor om tidigare etablerade samverkansforum och nyinrättade kluster samt frågor om behovsanpassning, delaktighet och trygghet för de äldre.

Mötesplatsernas möten genomfördes digitalt under maj 2020 och totalt deltog ungefär 50 personer, främst chefer och ledare på mellannivå i verksamheterna. De frågor som diskuterades handlade om hur läget såg ut i de berörda verksamheterna under pandemin, hur samverkan och informationsdelning fungerade samt om verksamheterna hittat nya samverkansformer och arbetssätt värda att behålla även efter pandemin. Mötena dokumenterades i detaljerade minnesanteckningar.

---

[1] Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, Nestor FoU-center, FOU nu och FoU Nordost.

Lokalt perspektiv på samverkan i södra länet

Den här rapporten fokuserar på de tio kommunerna i södra länet. Det finns flera skäl till att vi valt att lyfta ut detta geografiska område från den länsövergripande enkäten. För det första blir rapporten förhoppningsvis mer användbar för de aktörer som arbetar med samverkan inom detta avgränsade område. Resultatet får en större lokal förankring och speglar bättre de lokala aktörernas förutsättningar och syn på hur samverkansarbetet fungerar. För det andra har vi kompletterat enkäten med ett kvalitativt material från dokumenterade möten inom ramen för Nestors Mötesplatser, som är etablerade i södra länet. Detta material har använts för att komplettera och nyansera enkätresultatet. Det berikar resultatet och bidrar med röster och perspektiv som inte lika tydligt kommer fram i enkäten. För det tredje har materialet från Mötesplatserna gjort att vissa delar av resultatet blivit lättare att tolka och förstå. En del av studien handlar om betydelsen av de redan etablerade samverkansforum som fanns på plats innan pandemin. Med ett avgränsat lokalt perspektiv var det möjligt att ringa in vad detta var för typ av forum, då det i de södra länsdelarna var tydligt att det framförallt handlade om nämnda Mötesplatser. Betydelsen av redan etablerade samverkansforum kunde därmed diskuteras på ett konkret sätt utifrån tidigare studier, utvärderingar och erfarenheter från Mötesplatserna.

Resultat

I rapporten finns detaljerade redovisningar av resultat för de strukturerade enkätfrågorna, fritextfrågorna och mötesplatsmaterialet. Här lyfter vi fram åtta mer övergripande resultat och slutsatser som är särskilt framträdande och återkommande i materialet.

Etablerade samverkansforum viktiga under pandemin

Resultatet visar att färre respondenter deltog i ett samverkansforum mellan region och kommun under pandemin jämfört med innan. Innan pandemin deltog drygt nio av tio i ett etablerat samverkansforum, men delaktigheten i dessa forum minskade ungefär med hälften under pandemins första våg. Många forum lades ner eller pausades. Emellertid, indikerar studien att samverkansarbetet fungerade bättre om de redan etablerade forumen nyttjades även under pandemin. Statistiska analyser (t-test) visade att gruppen som deltog i ett fortsatt aktivt samverkansforum skattade samverkansarbetet som mer välfungerande än gruppen som inte deltog i ett sådant forum. De som deltog i dessa forum ansåg i genomsnitt att de nåddes bättre av information från ledningen än de som inte deltog. De bedömde också att samverkan vid utskrivningen fungerade bättre och att pandemin i lägre grad försvårade samverkansarbetet. Dessa skillnader var statistiskt signifikanta med en medelstor effekt (se bilaga 1, tabell B).

Detta bekräftas även i det kvalitativa materialet från fritextsvaren och Mötesplatserna där flera deltagare berättade att redan etablerade samverkansforum underlättade samverkansarbetet, då det genom dessa forum bland annat fanns nätverk, lokala grupper, personliga relationer, tillit och upparbetade kontaktvägar som kunde nyttjas under pandemin. I rapporten diskuteras hur samverkansforum som får tid att utvecklas och etableras kan bidra till en stärkt organisatorisk samverkansförmåga som kan främja samverkansarbetet även utanför de specifika forumen och utanför perioder av kris.

Nyetablerade kluster i ett massivt informationsflöde

Pandemin förändrade förutsättningarna för vården och omsorgen radikalt, vilket ställde krav på snabba anpassningar till den nya situationen. Nya beslut fattades i snabb takt och nya direktiv, riktlinjer och rekommendationer formulerades kontinuerligt. Implementeringen av dessa beslut förutsatte ett fungerande informationsflöde från beslutsfattare till chefer och personal ute i verksamheterna.

Enkätresultatet visar att 72 procent av respondenterna bedömde att information från ledningen om nya direktiv om utskrivningsprocessen nådde fram till dem i hög eller ganska hög grad. Drygt 23 procent svarade att informationen nådde dem i ganska låg grad eller inte alls. Resultatet visade dock att det i detta avseende fanns en skillnad mellan de olika vård- och omsorgsaktörerna. Slutenvården uppfattade att informationsspridningen fungerade bättre än vad vårdcentralerna, primärvårdsrehab och äldreomsorgen ansåg (se tabell 7).

När det gällde informationsflödet vid sidan av direktiv om utskrivningsprocessen visar det kvalitativa materialet från fritextsvaren och Mötesplatserna att detta upplevdes vara en stor utmaning för många. Flera vittnade om svårigheter med återkommande förändringar av riktlinjerna kring skyddsutrustning, hygienrutiner, smittspårning, provtagningar med mera. I detta sammanhang framstod de nyetablerade klustren som en viktig resurs. Klustren hade nyligen startats upp när enkäten gick ut i juni 2020, men trots det visar resultatet att de som deltog i dessa kluster ansåg att de fungerade påtagligt bra för informationsspridning och för att lösa praktiska problem kopplade till Covid-19. Klustren ansågs även fungera för att hantera andra gemensamma frågor vid sidan av Covid-19 (se bilaga 1, tabell A).

Tillbakagång för redan svag SIP

Enkätresultatet visar att samverkansarbetet bedömdes som relativt välfungerande när det gällde de generellt formulerade frågorna. Men när det gällde de mer specifika frågorna om konkreta moment och aktiviteter i utskrivningsprocessen (LUS –processen) så visar resultatet på större brister. I synnerhet gällde detta för arbetet med SIP (samordnad individuell plan), där det framkom stora brister. SIP hade dessutom försämrats under pandemin, trots att det på många håll fungerade dåligt redan innan. Denna bild bekräftas även i fritextsvaren och mötesplatsmaterialet där det framkom att det genomfördes mycket få SIP:ar. Flera respondenter menade att de just hade börjat träna på att genomföra SIP när pandemin slog till. Det fanns en risk att de kommer att vara tillbaka på ruta ett när pandemin väl är över. Trots detta framhöll flera respondenter och mötesplatsdeltagare att de likväl gjorde en planering för den enskildes bästa, men på andra sätt som inte följde överenskomna aktiviteter och processer för SIP.

I samverkanslagen (SFS 2017:612) och den regionala överenskommelsen som konkretiserar denna lag beskrivs SIP som det centrala verktyget för att möjliggöra delaktighet och inflytande för patienter och brukare. Rapporten pekar mot att det kommer att krävas en kraftsamling och nya tag i arbetet med SIP om detta verktyg ska kunna bidra till ökad delaktighet och ett reellt inflytande för de äldre.

Slutenvården hade mer positiv syn på samverkan än övriga aktörer

Slutenvården gav genomgående en mer positiv bild av hur samverkansarbetet fungerade jämfört med vårdcentralerna, primärvårdsrehab och äldreomsorgen. Det gällde alla typer av frågor, från frågor om pandemins effekter på samverkansarbetet och information från ledningen till frågor om

specifika aktiviteter i LUS-processen och frågor om de äldres trygghet och delaktighet i utskrivningen.

En möjlig förklaring till detta som diskuteras i rapporten är att slutenvården främst möter patienterna på sjukhuset i början av processen och att de därför har en begränsad inblick i vad som händer när patienten kommer hem. Eventuella brister tidigt i utskrivningsprocessen kan få konsekvenser senare, varför det är tänkbart att äldreomsorgen och andra aktörer som möter patienter och brukare i deras vardag i hemmet i högre grad ser effekterna av en bristande samverkan.

Aktörerna fullföljde sina åtagande olika bra i utskrivningsprocessen

I enkäten undersöks 18 konkreta aktiviteter i LUS-processen. För de flesta av dessa aktiviteter ligger huvudansvaret på en enskild vård- och omsorgsaktör, antingen slutenvården, vårdcentralerna eller äldreomsorgen. Enkätresultatet synliggör en skiljelinje som hänger samman med vilken aktör som ansvarar för respektive aktivitet. De aktiviteter där äldreomsorgen har huvudansvar bedömdes fungera bra av i genomsnitt 67 procent av respondenterna. Slutenvårdens aktiviteter bedömdes fungera bra av i genomsnitt 45 procent, medan vårdcentralens aktiviteter bedömdes fungera bra av i genomsnitt 33 procent av respondenterna (se tabell 5).

Med andra ord indikerar resultatet att äldreomsorgen klarade av sina aktiviteter i LUS-processen relativt väl, medan slutenvården och framförallt vårdcentralerna inte fullt ut ansågs fullfölja sina åtaganden. Rapporten visar att det krävs fortsatt arbete för att stärka LUS-processen. Särskilt krävs då att vårdcentralernas roll i utskrivningsprocessen tydliggörs och vidareutvecklas.

Primärvårdsrehab vid sidan av i samverkansarbetet

En fungerande samverkan är inte bara beroende av att de aktörer som involveras kan arbeta på ett bra sätt tillsammans. Det beror också på vilka dessa aktörer är och att ingen viktig part står utanför samverkansarbetet. Studien visar dock att primärvårdsrehab hamnade vid sidan av i utskrivningsprocessen. Respondenter från primärvårdsrehab svarade i mycket liten utsträckning att de deltog i planeringsprocessen i samband med utskrivningen. Trots att den enskilde bedömdes ha ett rehabiliteringsbehov eller behov av hjälpmedel involverades primärvårdsrehab långt ifrån alltid vid utskrivningen. Och om de involverades skedde det ofta sent i processen.

Detta kan påverka utskrivningsprocessens kvalitet på ett negativt sätt. Många äldre personer har behov av rehabilitering och hjälpmedel efter sjukhusvistelse och primärvårdsrehab har den kompetens som krävs på detta område. Tillgång på hjälpmedel har pekats ut som ett riskområde vid vårdövergångar och utskrivningar. Bristande samverkan kan leda till att den äldre inte får sina hjälpmedel i tid och att rehabpersonal inte kan ge den äldre träningsprogram eller instruktioner som behövs för att kunna använda hjälpmedlen på rätt sätt.

Primärvårdsrehabs bristande involvering kan delvis förklaras av att de inte är anslutna till IT-systemet Webcare, där den gemensamma kommunikationen kring utskrivningsprocessen förs. (Beslut har dock fattats om att införa ett nytt IT-system i Stockholms län under 2021. Då kommer även primärvårdsrehab att anslutas.)

Övergång till digitala möten

Social distansering och minskade fysiska möten var en tydlig effekt av pandemin. Studien visar att möten med de äldre framförallt övergick till telefonmöten och i viss mån till digitala videomöten. Möten mellan professionella genomfördes till stor del digitalt.

Ökningen av digitala mötesformer var det tydligaste exemplet på hur pandemin stärkte förutsättningarna för samverkan. I det kvalitativa materialet beskrevs hur digitala möten innebar ökad tillgänglighet, sparade tid och bidrog till snabbare svar från olika aktörer, vilket underlättade utskrivningsprocessen. Det var främst från ett organisatoriskt vård- och omsorgsperspektiv som digitala möten beskrevs som positivt för samverkan, eftersom fördelarna mestadels handlade om logistik. Det blev lättare att delta i möten när behovet av tidskrävande resor försvann.

Försvårad delaktighet för de äldre

Från ett patient- och brukarperspektiv var det dock inte lika tydligt att distansmöten via videoteknik eller telefon hade någon fördel framför fysiska möten. I fritextsvaren och mötesplatsmaterialet berättade flera deltagare om bristande delaktighet och inflytande för de äldre i samband med utskrivningsplaneringen. Flera menade att distansmöten försvårade kommunikationen med många äldre personer. Det fungerande bra i vissa fall, men för en relativt stor grupp äldre ansågs tekniken försvåra möjligheten att delta aktivt i planeringen av den egna vården och omsorgen. Exempel på svårigheter som nämndes var hörsel- och synnedsättningar och minnesproblematik, men också tekniska aspekter som att alla äldre inte hade tillgång till bank-ID, vilket krävdes för att logga in till mötet. Dessutom påpekade flera att det är lätt att missa detaljer i personens kroppsspråk och andra icke-verbala uttryck när man inte träffas fysiskt. Det blir svårare att få en helhetsuppfattning av personens sociala situation, hemsituation och möjliga svårigheter i vardagen.

Fortsatt utveckling av lokal samverkan

Vår förhoppning är att rapporten ska kunna bidra med kunskaper och ge uppslag till diskussioner och nya idéer för utveckling av samverkan för flera olika målgrupper. Den kan exempelvis användas av beslutsfattare som styr, tilldelar resurser och på andra sätt stödjer samverkan på övergripande nivå i regioner och kommuner.

Rapporten kan även vara ett stöd för de aktörer som ska organisera och leda nya samverkansforum, på såväl regional som lokal nivå. En särskild målgrupp i Stockholms län som kommer att kunna använda rapporten är de aktörer som får i uppdrag att stödja de vårdcentraler som utses till klustersamordnare med ett geografiskt samordningsansvar. Det gäller SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde), men möjligen även andra stödjande funktioner som exempelvis länets FoU-enheter.

Dessutom kan förstås alla aktörer som är engagerade i att stärka och utveckla samverkan och utskrivningsprocessen inom vården och omsorg om äldre finna användbara resultat, perspektiv och resonemang i rapporten. Det kan exempelvis gälla deltagare i samverkansforum som Mötesplatserna, arbetsgrupper kring LUS och SIP och annan lokal samverkan.

Inledning

Den här rapporten handlar om samverkan mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg i samband med utskrivning från sjukhus under coronapandemins första våg. Pandemin har varit en svår och krävande utmaning för vården och omsorgen, men krisen har också synliggjort styrkor och brister kring samverkan och skapat möjligheter till lärande. Med den här rapporten vill vi fånga upp erfarenheter och kunskaper från de vård- och omsorgsaktörer som på olika sätt hanterat och tillsammans vidareutvecklat samverkan under pandemin. Därigenom kan vi lyfta fram värdefulla lärdomar från den här unika perioden.

De fyra FoU-enheterna på äldreområdet i Stockholms län[2] skickade i juni 2020 ut en gemensam enkät i länet för att undersöka samverkan vid utskrivning under pandemins första våg. I föreliggande rapport redovisas delar av resultatet från Nestor FoU-centers geografiska område, som är tio kommuner i södra länet (Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö). I rapporten kompletteras och utvecklas enkätresultatet även med material från Nestor FoU centers samverkansforum Mötesplatser för lokal samverkan. Dessa forum var väl etablerade i de berörda kommunerna långt innan pandemin slog till och de var fortsatt aktiva även under pandemin, då träffarna genomfördes som digitala videomöten.

I detta inledningskapitel redogör vi först för samverkansbegreppet och hur det definieras i tidigare forskning. Sedan beskriver vi kort vad tidigare forskning säger om förutsättningarna för att lyckas med samverkan. Därefter presenteras lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS) och hur denna har preciserats i en regional överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunförbundet Storsthlm som omfattar länets samtliga 26 kommuner (Region Stockholm/Storsthlm, 2020). Sedan beskrivs den krisledningsorganisation och de samverkanskluster som inrättades i Stockholm för att hantera pandemin. Avslutningsvis redogör vi för de sedan tidigare etablerade samverkansforumen Mötesplatser för lokal samverkan.

Begreppet samverkan

I detta avsnitt ger vi en bakgrund till samverkansbegreppet och definierar hur vi använder det i rapporten. Vi skiljer på olika typer av samverkan och relaterar även begreppet till närliggande begrepp som samordning och samarbete.

Fragmentering

Vården och omsorgen om äldre går över organisatoriska gränser. Många äldre har komplexa behov som kräver insatser från både slutenvård, primärvård och äldreomsorg. Att det finns brister i samordning och integrering mellan dessa olika aktörer framkommer med tydlighet i Coronakomissionens rapport (SOU 2020:80), men det har varit välkänt även långt före pandemin (Gurner & Thorslund, 2003). Bland annat pekar den statliga utredningen *Effektiv Vård* (SOU 2016:2) på problemet med en fragmenterad vård och omsorg, där stuprörstänkande leder till splittrad styrning, ineffektiva verksamheter, risk för misstag och otrygghet hos både personal, brukare, patienter och anhöriga. Särskilt tydlig blir problematiken i övergångarna mellan olika vård- och omsorgsgivare,

[2] Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, Nestor FoU-center, FOU nu och FoU Nordost

exempelvis när patienter med fortsatt vårdbehov skrivs ut från sjukhus och kommer hem med stöd av hemtjänst, hemsjukvård och primärvårdsrehab.

Här kommer samverkan in i bilden. Samverkan presenteras återkommande som en lösning på denna problematik. Genom samverkan vill man åstadkomma ökad integrering mellan olika huvudmän, organisationer och verksamheter för att därigenom motverka en fragmentering av vård- och omsorgssystemet. Frågan är vad som menas med samverkan.

Interorganisatorisk och interprofessionell samverkan

Det finns många definitioner av samverkan, mer eller mindre precisa och detaljerade, men i princip handlar alla dessa definitioner om att organisationer, individer eller yrkesgrupper kombinerar sina olika resurser för att tillsammans lösa uppgifter de inte kan lösa var och en för sig (Lasker et al., 2001).

Samverkan kan delas in i underkategorier utifrån vilken typ av individer eller organisationer det är som samverkar. *Interorganisatorisk* samverkan syftar då på samverkan mellan olika organisationer medan *intraorganisatorisk* samverkan syftar på samverkan mellan avdelningar, enheter eller yrkesgrupper inom en och samma organisation. *Interprofessionell* samverkan handlar om samverkan mellan olika yrkesgrupper och definieras ofta som en form av intraorganisatorisk samverkan, det vill säga som samverkan mellan yrkesgrupper inom en och samma organisation (Karam et al., 2018).

I många sammanhang görs ingen distinktion mellan dessa begrepp utan de klumpas ihop under begreppet samverkan. Dock, ett skäl till att hålla isär begreppen är att de olika samverkansformerna kräver delvis olika förutsättningar för att lyckas (Karam et al., 2018). Exempelvis behöver interorganisatorisk samverkan ofta formaliseras mer. Det blir särskilt viktigt att tydliggöra roller, mandat och ansvar när parterna kommer från olika organisationer. Interprofessionell samverkan underlättas av att de samverkande parterna finns inom samma organisation och därmed ofta har en större närhet till varandra (Karam et al., 2018). Det kan handla om fysisk eller geografisk närhet som underlättar kommunikation och utbyte, men det kan även handla om en social och kulturell närhet som underlättar de mer informella kontakterna (Knoben & Oerlemans, 2006). Därtill underlättas samverkan inom samma organisation av att de samverkande parterna ingår i samma ledningsstruktur. De är underställda en gemensam ledning som kan ta formella beslut och, inte minst, avsätta tid och resurser för samverkan.

Samverkan, samordning och samarbete

Förekomsten eller avsaknaden av en gemensam ledningsstruktur för de samverkande parterna kan användas som ingång till en mer precis definition och avgränsning av samverkan, där begreppet även kan relateras till närliggande begrepp som samarbete och samordning. Axelsson & Bihari Axelsson (2006, 2013) diskuterar detta med hjälp av en uppdelning mellan vertikal och horisontell integrering.

Vertikal integrering handlar om hierarkisk organisationsstyrning, där högre organisatoriska nivåer samordnar lägre nivåer. Beslut tas i ledningen och implementeras i underordnade verksamheter. Detta förutsätter att de berörda verksamheterna ingår i en gemensam ledningsstruktur, då ledningen behöver ha mandat att ta beslut som är formellt giltiga för de berörda verksamheterna. Således kan olika avdelningar, enheter och yrkesgrupper från samma organisation samordnas på

detta sätt. *Horisontell integrering* bygger istället på frivilliga kontakter, utbyte och kommunikation mellan organisationer, individer och yrkesgrupper. Det kan exempelvis handla om nätverk, projekt, partnerskap och kluster.

Axelsson & Bihari Axelsson (2006, 2013) kombinerar dessa två integreringsformer och får då fyra typer av integrering: samordning, samverkan, samarbete samt en kategori som i princip är avsaknaden av integrering. (Den sistnämnda kategorin diskuterar de i termer av att konkurrenter på en marknad kan integreras genom olika kontraktsrelationer, men detta lämnas därhän i denna rapport.)

		Horisontell integrering	
		-	+
Vertikal integrering	+	Samordning	Samverkan
	-	(Ingen integrering)	Samarbete

Figur 1. Horisontell och vertikal integrering. Figur från Axelsson & Bihari Axelsson (2013).

Samordning definieras av hög vertikal integrering och låg horisontell integrering. Det inkluderar ingen direkt kommunikation mellan verksamheterna på lägre nivå, men resurser och arbetsinsatser koordineras uppifrån genom formella ledningsbeslut, exempelvis genom regler, riktlinjer och standards. Samordning behöver således inte innebära något gemensamt handlande eller några konkreta möten mellan människor från olika verksamheter. Tvärtom kan samordning syfta till att personal från olika verksamheter inte ska träffas. Aktiviteter kan samordnas för att de ska göras i rätt ordning utan att personal från olika verksamheter går i vägen för varandra.

Samarbete definieras tvärtom av hög horisontell integrering och låg vertikal integrering. Det kännetecknas av frivilliga överenskommelser, ömsesidigt utbyte och lärande mellan berörda verksamheter. Det bygger på engagemang och vilja att arbeta tillsammans.

Samverkan definieras av både hög vertikal och hög horisontell integrering. Det gemensamma arbetet baseras på beslut uppifrån som sedan implementeras av berörda verksamheter, men besluten är tillräckligt öppna för att också ge utrymme för frivilliga överenskommelser och ömsesidigt utbyte och lärande.

Statlig styrning för ökad samverkan

Enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2006) är det mestadels samarbete som förekommer inom vård och omsorg, eftersom det i många fall saknas en gemensam ledningsstruktur som kan skapa en vertikal integrering.

Kommuner och regioner är olika huvudmän med olika politisk och organisatorisk ledning. Hälso- och sjukvård och socialtjänst styrs dessutom av olika lagstiftning (Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen). Emellertid utgör staten en gemensam överordnad ledningsstruktur. Därför beror graden av vertikal integrering mellan kommuner och regioner till stor del på graden av statlig styrning, vilket bland annat kan ske genom lagstiftning, föreskrifter, allmänna råd och nationella riktlinjer.

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård är ett exempel på statlig styrning mot samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal äldreomsorg. Därmed är arbetet kring utskrivningsprocessen ett exempel på samverkan i enlighet med figur 1 ovan. Det finns en vertikal integrering genom samverkanslagen, men det krävs också en horisontell integrering, exempelvis genom gemensamma avtal och överenskommelser, men också genom gemensamt utvecklingsarbete, kommunikation, utbyte och lärande mellan chefer och medarbetare från alla involverade organisationer. Därtill förutsätter en fungerande utskrivningsprocess även samarbete med patienter, brukare och anhöriga.

Parterna i den regionala överenskommelsen är överens om att uppföljning ska ske för att utvärdera hur samverkan har fungerat sedan lagens inträdande, och om uppsatta mål har nåtts, något som ännu inte har skett (Stadsrevisionen, 2021).

Förutsättningar för en fungerande samverkan

Tidigare forskning visar att det finns en rad faktorer som hindrar och motverkar en fungerande samverkan. I detta avsnitt gör vi en övergripande och kortfattad beskrivning av några faktorer som återkommer i forskningen. Vi utgår från en uppdelning mellan strukturella och kulturella förutsättningar för samverkan och beskriver faktorer som visat sig vara viktiga om man vill påverka och förändra dessa förutsättningar.

De strukturella förutsättningarna kan exempelvis bestå av lagar och regler, teknisk infrastruktur och organisationsstrukturer. Bland annat lyfts lagar om sekretess och informationsöverföring fram som faktorer som kan försvåra samverkan (Auschra, 2018). Men det är också möjligt att lagar kan stödja och underlätta samverkan, vilket är syftet med lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Vidare kan tekniska system hindra samverkan. Det kan exempelvis handla om att olika organisationer använder olika it-system som inte är kompatibla med varandra eller att olika verksamheter har digitaliserats i olika grad. Skillnader i organisationsstruktur kan också försvåra samverkan (Knoben & Oerlemans, 2006). Det kan handla om att beslutsprocesser ser olika ut i olika organisationer, att de kan vara mer eller mindre centralstyrda eller decentraliserade, att de har olika rutiner för dokumentation, uppföljning och kontroll eller att de har olika metoder och arbetssätt.

De kulturella förutsättningarna handlar istället om informella sociala regler, vanor och etablerade sätt att tänka och agera. Skillnader i organisationskultur, föreställningar, normer och värderingar mellan olika organisationer kan försvåra samverkan (Knoben & Oerlemans, 2006). Det kan skapa bristande tillit som gör det svårt att kommunicera. Det kan också försvåra förståelsen för varandras uppdrag, metoder och arbetssätt. Därtill kan ojämlika maktrelationer mellan organisationer hämma en fungerande samverkan. Det kan exempelvis leda till konflikter och att olika verksamheter börjar försvara sina egna intressen snarare än att se till det bästa för helheten (Andersson et al., 2011).

På ett plan är de strukturella hindren enklare att hantera än de kulturella, då de ofta kan nedmonteras genom formella beslut. Det kräver dock att samverkansarbetet prioriteras och stöds av de aktörer som har mandat att fatta dessa beslut. Det kan exempelvis handla om att ledningarna i berörda organisationer backar upp samverkansarbetet, avsätter tillräckliga resurser och tar de nödvändiga besluten (Danermark, 2015; Åhlfeldt, 2017; Stolp et al., 2017). Bristande tid och resurser

är dock ett av de vanligaste hindren för en fungerande samverkan. De flesta har ont om tid att lägga på samverkansarbete (Auschra, 2018).

De kulturella hindren kan inte på samma sätt hanteras genom formella beslut. Det är istället viktigt att ägna tid åt att bygga tillitsfulla relationer (Stolp et al., 2017; Karam et al., 2018) och etablera en gemensam vision och gemensamma mål för samverkansarbetet (Seaton et al., 2018). Det är också viktigt med ett starkt ledarskap som kan skapa engagemang runt de gemensamma målen och dessutom inkludera alla deltagare och balansera skilda perspektiv (Stolp et al., 2017; Seaton et al., 2018). Det främjar en känsla av delaktighet och att alla perspektiv är viktiga. Flera studier lyfter även vikten av tydliga roller, mandat och ansvar i samverkansarbetet (Karam et al., 2018; Seaton et al., 2018) samt att alla viktiga aktörer involveras i arbetet (Auschra, 2018; Danermark, 2015). Samverkan behöver ofta formaliseras så att förväntningar och åtaganden tydliggörs i en gemensam överenskommelse. Risken är annars att samverkansarbetet blir till intet förpliktigande (Svensson et al., 2001). Avslutningsvis kan vi även konstatera att man inte ska underskatta betydelsen av en fungerande administration runt samverkansarbetet. Det är avgörande att det praktiska fungerar, som att skicka inbjudningar, dagordningar, planera och leda möten samt föra minnesanteckningar (Berlin, 2016).

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS)

Den statliga utredningen *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU 2015:20) pekade på stora förändringsbehov för att få till en effektiv utskrivningsprocess för patienter som vårdats inom den slutna vården. Det gällde exempelvis att onödig vistelse på sjukhus skulle minimeras, att den öppna vården skulle ta ett större ansvar för planeringen av den enskildes fortsatta insatser efter utskrivning, att den enskildes delaktighet behövde främjas och att den då gällande betalningsansvarslagen skulle ersättas.

I januari 2018 trädde en ny lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för personer som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller den öppna vården. Lagens syfte är också att den enskilde så snart det är möjligt ska skrivas ut när den behandlande läkaren i slutenvården bedömt att personen i fråga är utskrivningsklar (det vill säga inte har behov av slutenvårdens resurser). Tanken är att ett snabbare utskrivningsförlopp ska möjliggöras genom stärkt samverkan mellan vård- och omsorgsgivarna. I processen får den öppna vården ett utökat ansvar för samordning och genomförande och patienten får en fast vårdkontakt på sin vårdcentral eller husläkarmottagning. Den fasta vårdkontakten ansvarar bland annat för att kalla till en samordnad individuell planering som i sin tur utmynnar i att den enskilde får en samordnad individuell plan (SIP).

Den nya samverkanslagen beskriver en relativt detaljerad planeringsprocess inför och under utskrivningen. I Stockholms län utarbetades en regional överenskommelse om utveckling av samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård för att möta den nya lagens krav och intentioner. Arbetet gjordes i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm och Storsthlm, som är ett förbund för länets 26 kommuner. Överenskommelsen innehåller riktlinjer för hur ansvarsfördelningen i processen ska se ut. Processen beskrivs i följande åtta steg:

1. Skicka inskrivningsmeddelande
2. Utse fast vårdkontakt
3. Planera inför utskrivning
4. Kalla till SIP
5. Meddela om utskrivningsklar
6. Informera vid utskrivning
7. Upprätta eller uppdatera SIP
8. Följa upp och avsluta SIP

Från och med november 2018 kunde de olika verksamheterna i Stockholms län arbeta fullt ut enligt den regionala överenskommelsen. Dessförinnan arbetade Region Stockholm med att anpassa det gemensamma informationssystemet Webcare till den nya processen för utskrivning.

För att utskrivningsprocessen ska fungera som tänkt och varje enskild person ska få en trygg och säker hemgång, är det viktigt att alla involverade aktörer kan kommunicera och delge varandra information på ett effektivt sätt. Varje aktör planerar för sig men har ett ansvar att kommunicera och dela information i Webcare. För de aktörer som inte har tillgång till Webcare (exempelvis primärvårdsrehab och hemtjänst) måste kommunikation dock ske på annat sätt.

Krisledningsorganisation under coronapandemin

Coronapandemin ledde till att Region Stockholm gick in i stabsläge den 7 februari 2020, vilket innebar att en regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) infördes. Från början av mars arbetade RSSL i förstärkningsläge, för att därigenom stärka arbetet med att koordinera vårdkapaciteten, fördela skyddsutrustning och annat förbrukningsmaterial, säkra tillgång till läkemedel och samordna kommunikationen inom hela vårdsystemet och till invånarna (Region Stockholm, 2020a). Ett styrande regelverk togs fram för patientflöden mellan vårdgivare inom regionen och den kommunala hälso- och sjukvården. Regelverket skulle säkerställa att flöden mellan vård- och omsorgsaktörerna fungerade (Region Stockholm, 2020b).

För att koordinera arbetet bildades även en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) på samtliga akutsjukhus i regionen och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) fick uppdrag att organisera en krisledningsorganisation för hälso- och sjukvården utanför akutsjukhusen, oberoende av huvudman. Till detta upprättades också lokala, geografiskt indelade kluster, där verksamhetschefer från vårdcentraler samverkade med varandra samt med chefer från den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH), geriatriken och representanter från den kommunala vården och omsorgen, exempelvis socialchefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Regelbundna informationsmöten genomfördes via digitala videotjänster. Inledningsvis hölls dessa möten minst två gånger per vecka men efterhand glesades de ut till en gång per vecka.

De organisatoriska förändringar som gjordes för att möta pandemins konsekvenser innebar att aktörer utanför akutsjukhusen fick ta ansvar för ett större antal patienter och för fler patienter med omfattande vårdbehov. Att inte kunna mötas fysiskt innebar också en stor förändring i arbetssättet. Detta fick givetvis konsekvenser för den ordinarie vården och omsorgen, exempelvis för samverkan vid utskrivning från slutenvården (LUS). Frågan är hur dessa konsekvenser såg ut. Hur fungerade samverkan i utskrivningsprocessen under pandemin och vilka lärdomar kan vi ta med oss för framtiden?

För att undersöka detta gick de fyra FoU-enheterna på äldreområdet i Stockholms län samman och gjorde en gemensam enkätstudie under juni 2020, som omfattade samtliga 26 kommuner i länet. I föreliggande rapport redovisas resultatet från de tio kommunerna i södra länet, vilka utgör Nestor FoU-centers geografiska område (Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö). I rapporten kompletteras enkäten även med ytterligare data från samverkansmöten som genomfördes under våren inom ramen för Nestors forum Mötesplatser för lokal samverkan.

Mötesplatser för lokal samverkan

Sedan 2015 organiserar och driver Nestor FoU-center fyra så kallade Mötesplatser för lokal samverkan. Det är fyra samverkansarenor som samlar representanter från slutenvård (främst geriatriska enheter), äldreomsorg, vårdcentraler och primärvårdsrehab i tio kommuner i södra länet. Deltagarna har i regel ett chefs- eller ledningsansvar på mellannivå i sina respektive organisationer. Totalt omfattade Mötesplatserna ungefär 80 personer under våren 2020.

Syftet med Mötesplatserna är att stärka samverkan och minska glappen mellan de olika vård- och omsorgsaktörerna, för att därigenom främja en mer sammanhållen vård och omsorg för de äldre. Detta görs genom att organisera återkommande möten, öka deltagarnas kunskap om varandras verksamheter, skapa tillit och förståelse, dela erfarenheter och idéer, samt initiera lokala samverkansprojekt utifrån gemensamma behov. Nestor fungerar som en sammanhållande part i dessa arenor, en så kallad intermediär organisation (Åhlfeldt, 2018; Hallberg et al., i manuskript).

Mötesplatserna bygger på frivilligt engagemang, där deltagarna och Nestor gemensamt skapat en modell för att fånga relevanta samverkansområden och arbetssätt för att utveckla samverkan. Nestors engagemang baseras på årliga uppdrag från Nestors styrgrupp, som inkluderar ledningsrepresentanter från regionen och de tio kommunerna. Mötesplatserna kan beskrivas som en delvis formaliserad struktur, som dock inte är permanentad genom formella beslut och långsiktig finansiering. Mötesplatsstrukturen utgörs bland annat av en övergripande vision och gemensamt syfte, en geografisk uppdelning i fyra mötesplatser som knyts ihop av FoU-enheten, en idé om potentiella deltagare och uppdaterade deltagarlistor, en etablerad mötesform, inklusive tydligt ansvar för inbjudningar, mötesplanering och dokumentation, samt en struktur för lokala utvecklingsprojekt som initieras inom Mötesplatserna (Åhlfeldt, 2018; Björkman, under tryckning).

Syfte och frågeställningar

Med den här studien vill vi fånga upp erfarenheter och synpunkter från de aktörer som på olika sätt hanterat och anpassat samverkan mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg under coronapandemins första våg. Syftet är att därigenom bidra med kunskap från den här unika perioden och ge stöd för stärkt lokal samverkan och framtida utvecklingsarbete. Följande frågeställningar besvaras i rapporten:

1. Hur har samverkan i utskrivningsprocessen fungerat mellan slutenvård, vårdcentraler, äldreomsorg och primärvårdsrehab under pandemin? Hur har samverkansarbetet förändrats jämfört med innan pandemin?
2. Hur har moment och aktiviteter i LUS-processen fungerat under pandemin och hur har detta arbete förändrats jämfört med innan pandemin?

3. Hur uppfattar verksamheterna att de genom samverkan i utskrivningsprocessen lyckats möta patienter/brukares behov, göra dem delaktiga och skapa trygghet?
4. I vilken grad har redan befintliga samverkansforum samt nyetablerade kluster använts under pandemin? Har deltagande i dessa forum något samband med verksamheternas förmåga att samverka under krisen?

Metod

Studien bygger på två datamaterial. Det ena är en webbenkät som besvarades av 60 personer som på olika sätt var involverade i samverkan kring äldre patienter som skrivs ut från slutenvården (svarsfrekvens 48 %). Det andra är fyra dokumenterade möten inom ramen för Nestor FoU-centers Mötesplatser för lokal samverkan, som är fyra geografiskt indelade samverkansforum i södra länet.

Nedan redogörs för dessa två datamaterial. Först beskrivs enkätstudien, dess frågor och svarsalternativ, hur urvalet såg ut, vilka som svarat samt hur materialet har analyserats. Sedan beskrivs materialet från Mötesplatser för lokal samverkan, vilka frågor som togs upp och hur mötena dokumenterades. Slutligen beskrivs hur de två datamaterialen relateras till varandra och integreras i analysen.

Enkäten

Enkätstudien planerades och genomfördes gemensamt av de fyra FoU-enheterna inom äldreområdet i Stockholms län (Äldrecentrum, Nestor FoU-center, FOU nu och FoU Nordost). FoU-enheterna är geografiskt indelade och ansvarade för att distribuera enkäten inom sina respektive områden. Sammantaget gick enkäten ut till samtliga kommuner i Stockholms län, men i denna rapport riktas fokus mot de tio kommuner i södra länet som ingår i Nestors verksamhetsområde. Dessa är Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö.

Enkäten var öppen under juni 2020 och syftade till att inhämta information om deltagarnas erfarenheter av hur samverkan kring äldre personer i behov av samordnade insatser fungerade under perioden april–maj, det vill säga under coronapandemins första våg.

Enkätens utformning

Enkätfrågorna handlade om samverkan mellan aktörer inom slutenvård, primärvård och äldreomsorg, framförallt relaterat till utskrivningsprocessen, men några frågor handlade också om samverkan mer generellt. Enkäten innehöll 54 strukturerade frågor med fasta svarsalternativ, fyra öppna fritextfrågor, samt tre bakgrundsfrågor om respondentens kommun, verksamhet och funktion (se bilaga 1).

En inledande fråga handlade om huruvida respondenten ingick i något återkommande forum för samverkan mellan kommun och region. En följdfråga var om detta forum i så fall var aktivt även under pandemin. Därtill fanns en fråga om huruvida respondenten deltagit i de nyinrättade kluster som etablerats under pandemin samt tre följdfrågor om hur detta kluster fungerade.

Enkäten innehöll åtta mer generella frågor om samverkan. De handlade om olika aspekter av hur samverkansprocessen fungerade under pandemin och hur de samverkande aktörerna lyckades möta patienternas/brukarnas behov och skapa delaktighet och trygghet vid utskrivning från sjukhus. Dessa åtta frågor besvarades på en fyrgradig skala (1 = stämmer mycket bra, 2 = stämmer bra, 3 = stämmer dåligt, 4 = stämmer mycket dåligt).[3]

---

[3] Följande skalor förekom också: 1 = i hög grad, 2 = i ganska hög grad, 3 = i ganska låg grad, 4 = inte alls, samt 1 = alltid, 2 = ofta, 3 = ibland, 4 = aldrig.

Enkäten innehöll även 18 mer specifika frågor om hur väl utskrivningsprocessen enligt lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård fungerade (LUS-processen). Dessa frågor strukturerades i fem övergripande moment eller steg i utskrivningsprocessen: (1) inskrivning, (2) planering inför utskrivning, (3) utskrivningsklar, (4) information till patienten i samband med utskrivning samt (5) samordnad individuell plan (SIP). Frågor besvarades på en tregradig skala (1 = bra, 2 = varken bra eller dåligt, 3 = inte så bra), men i resultatredovisningen slogs de två senare svarsalternativen samman till en gemensam kategori som benämns ”mindre bra”.

Till samtliga av dessa 18 frågor fanns även frågor om hur delaktiviteterna fungerade jämfört med innan pandemin. Dessa frågor besvarades på en tregradig skala (1 = bättre, 2 = oförändrat, 3 = sämre).

Därtill innehöll enkäten två frågor om kommunikation, mötesformer och teknik. Den ena handlade om användning av olika mötesformer, som fysiska möten, videomöten och telefonmöten. Den andra handlade om huruvida någon kommunikationsteknik ökat i användning under pandemin, exempelvis Webcare, video, telefon eller fax.

Slutligen innehöll enkäten fyra öppna frågor. Dessa frågor och hur de hanterats beskrivs mer ingående nedan.

Urval och svarande

Enkäten skickades ut till en lista med 130 personer under juni 2020. Tre påminnelser skickades. Listan sammanställdes utifrån deltagarlistor i samverkansforum och arbetsgrupper som Nestor FoU-center hade upparbetade kontakter med. De flesta tillhörde de Mötesplatser för lokal samverkan som Nestor organiserar, men enkäten skickades även till en styrgrupp kallad “Vård i samverkan” i Nacka, en arbetsgrupp för en lokal överenskommelse om utskrivning från slutenvård i Södertälje, Salem och Nykvarn samt till arbetsgrupper som planerade workshops om utskrivningsprocessen i Huddinge, Haninge och Botkyrka. Mötesplatsernas deltagarlistor innehöll personer som deltagit i Mötesplatserna regelbundet under lång tid, men också personer som bara deltagit vid något enstaka tillfälle.

Fyra mail ”studsade” och en person svarade att hon fått samma enkät från Äldrecentrum och redan svarat. Det innebär att 125 personer hade möjlighet att besvara enkäten. Av dessa svarade 60 personer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 48 procent.

De personer som svarade representerar alla tio kommuner i södra länet (se tabell 1). Det fanns ingen allvarlig snedvridning i bortfallet när det gällde kommunrepresentationen. Det inkom dock få svar från Nykvarn (20 % svarsfrekvens) och andelen svar från Botkyrka var också något lägre än genomsnittet (35 % svarsfrekvens).

Tabell 1. Respondenternas kommuntillhörighet

Kommun	Antal	Andel (%)
Botkyrka	6	10,0
Haninge	12	20,0
Huddinge	7	11,7
Nacka	5	8,3
Nykvarn	1	1,7
Nynäshamn	3	5,0
Salem	3	5,0
Södertälje	15	25,0
Tyresö	4	6,7
Värmdö	4	6,7
Totalt	**60**	**100**

Vidare arbetade majoriteten av de svarande på myndighetssidan inom äldreomsorgen eller på vårdcentraler (se tabell 2) och majoriteten hade en chefs- eller ledningsfunktion (se tabell 3). Det fanns en viss snedvridning i bortfallet då svarsfrekvensen var låg för äldreomsorgens utförare (13%).[4] Svarsfrekvensen var även låg för vissa yrkesgrupper som distriktssköterskor/sjuksköterskor (19 %) och fysioterapeuter/ arbetsterapeuter (0 %). För de senare skickades fyra enkäter ut utan att något svar kom in.

Tabell 2. Respondenternas verksamheter

Verksamhet	Antal	Andel (%)
Geriatrisk slutenvård	8	13,3
Somatisk slutenvård	2	3,3
Husläkarmottagning/vårdcentral	18	30,0
Primärvårdsrehabilitering	9	15,0
Äldreomsorg, myndighet	21	35,0
Äldreomsorg, utförare	2	3,3
Totalt	**60**	**100**

I resultatredovisningen har verksamheterna i tabell 2 delats in i fyra kategorier: slutenvård, vårdcentral, äldreomsorg och primärvårdsrehab. Det betyder att geriatrisk och somatisk slutenvård har slagits ihop till en kategori och att äldreomsorgens myndighetssida och utförarsida har slagits ihop till en kategori. Primärvårdsrehab har dock inte lagts ihop med vårdcentraler till en primärvårdskategori utan redovisas för sig. Detta för att primärvårdsrehab skiljer sig från övriga verksamheter, exempelvis genom att inte vara anslutna till informationssystemet Webcare. I och med att de inte har tillgång till Webcare är de inte heller involverade i utskrivningsprocessen på samma sätt och har inte möjlighet att svara lika detaljerat på frågorna.

[4] Enkäten skickades till 15 personer i kommunernas utförarverksamheter. Två chefer från utförarsidan svarade. Därtill svarade tre medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) som dock vanligtvis är anställda på myndighetssidan. I tabell 2 räknas MAS till "Äldreomsorg, myndighet".

Tabell 3. Respondenternas funktioner/yrkesroller

Funktion	Antal	Andel (%)
Chef (ledningsfunktion)	37	61,7
Samordnare/koordinator	8	13,3
Distriktssköterska/sjuksköterska	3	5,0
Biståndshandläggare	5	8,3
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	3	5,0
Annan*	4	6,7
Totalt	**60**	**100**

* Gruppledare, överläkare, utskrivningsteamet, projektledare.

Svarande på enkätfrågor om moment i LUS-processen

En del av enkäten handlade om planeringsprocessen inför och under utskrivning från sjukhus (LUS-processen). Den innehöll detaljerade frågor om moment och delaktiviteter i utskrivningsprocessen. Av de 60 personer som svarade på enkäten var det 45 (75 %) som uppgav att de deltog i utskrivningsprocessen och därför kunde besvara denna del av enkäten. Antal svar från primärvårdsrehab var lågt i denna del av enkäten, då bara två personer därifrån uppgav att de deltog i utskrivningsprocessen.

Variabel: kvalitet för patienter och brukare

Enkäten innehöll tre frågor som mätte olika aspekter av kvalitet för patienter och brukare. Det handlade om hur väl de samverkande aktörerna bedömde att de lyckades: (a) möta patienternas/brukarnas behov och problem, (b) göra patienterna/brukarna delaktiga i planeringen av vården och omsorgen vid utskrivning från slutenvården samt (c) skapa en trygg och säker hemgång från sjukhus. I några statistiska tester (se bilaga 1, tabell B och C) slogs dessa tre frågor ihop till en gemensam variabel, som beräknats som medelvärdet av de ingående frågorna.

Reliabilitetsmåttet Cronbach's alfa (a) användes för att testa om frågorna var lämpliga att slå ihop. Ett vanligt gränsvärde är $a > .70$ (Field, 2009). Måttet visade att de tre frågorna hängde samman ($a = .869$), vilket indikerar att de mäter ett gemensamt fenomen och kan slås ihop till en variabel.

Statistiska metoder

Svaren på de åtta mer generella enkätfrågorna redovisas som medelvärden uppdelat på slutenvård, vårdcentraler, äldreomsorg och primärvårdsrehab. Även standardavvikelser (SD) redovisas, vilket visar hur stor spridning det är mellan respondenternas svar. En liten standardavvikelse visar att respondenternas svar ligger samlade nära medelvärdet och en större standardavvikelse visar att svaren är mer utspridda.

Materialet har även analyserats med oberoende envägs ANOVA, chi-två-test och t-test. Normalfördelning kontrollerades mot etablerade gränsvärden för snedfördelning (skewness) och toppighet (kurtosis).[5] De åtta mer generella frågorna om samverkansprocessen (som mättes med fyrgradiga skalor) klarade dessa gränsvärden.

[5] De gränsvärden som användes var ± 1 för snedfördelning och ± 3 för toppighet.

Oberoende envägs ANOVA användes för att testa om det fanns signifikanta skillnader i svaren från slutenvård, vårdcentraler, äldreomsorg och primärvårdsrehab. När det gällde frågorna om LUS-processen beräknades inga medelvärden och skillnader mellan aktörerna testades med Chi-två-test. I dessa analyser inkluderades inte primärvårdsrehab då denna kategori hade för få svarande.

T-tester användes för att analysera eventuella samband mellan deltagande i samverkansforum och hur väl samverkansarbetet bedömdes fungera under pandemin. Gruppen som deltog i ett tidigare etablerat samverkansforum jämfördes med gruppen som inte deltog i ett sådant forum. Motsvarande tester gjordes även för deltagande i de kluster som skapades under pandemin.

I samtliga tester används en signifikansnivå på 5 procent ($p < .05$). Eftersom studien är relativt liten måste ett samband vara ganska starkt och tydligt för att det ska falla ut som signifikant.

Det kvalitativa materialet

I studien används två kvalitativa datamaterial: fritextsvaren från enkätens öppna frågor och de dokumenterade mötena i Nestor FoU-centers Mötesplatser för lokal samverkan. Här beskrivs dessa material och hur de använts i analysen för att komplettera det kvantitativa enkätmaterialet.

Fritextsvar från öppna frågor

I enkäten fanns fyra öppna frågor om samverkan i stort under coronapandemin. Den första handlade om vilka som var de största förändringarna som gjorts för att hantera situationen under pandemin. Den andra rörde om det fanns något i samverkansarbetet som fungerat extra bra och den tredje rörde om det var något som fungerat sämre eller varit extra svårt. Avslutningsvis ställdes en fråga som öppnade för övriga kommentarer och tillägg.

Dokumenterade möten inom Mötesplatser för lokal samverkan

Mötesplatserna för lokal samverkan var etablerade i länets tio södra kommuner flera år innan coronapandemin slog till. På grund av pandemin beslutades att Mötesplatsernas träffar för våren 2020 skulle genomföras som digitala videomöten. Fyra möten (ett per mötesplats) genomfördes under maj månad och totalt deltog ungefär 50 personer vid dessa möten. Dessa möten dokumenterades av två personer från Nestor. Minnesanteckningarna är omfattande och relativt detaljerade.

De frågor som diskuterades på mötena handlade om hur läget såg ut i de olika verksamheterna, hur samverkan fungerade under pandemin, om något fungerat särskilt bra eller varit svårt, samt om verksamheterna hittat nya samverkansformer och arbetssätt värda att behålla även efter pandemin. En annan fråga handlade om hur den stora mängden information hanterades under våren. Därtill lyftes frågan om deltagarna ville fortsätta träffas i Mötesplatserna under hösten.

Analys av fritextsvar och mötesanteckningar

Fritextsvaren och mötesplatsmaterialet har använts för att berika, komplettera och nyansera de kvantitativa resultaten. Fritextsvaren har sammanställts och sorterats utifrån om de kommer från slutenvården, vårdcentralerna, äldreomsorgen eller primärvårdsrehab. Därefter har svaren kategoriserats utifrån de övergripande teman som enkäten i övrigt bygger på, som etablerade forum och kluster, aktiviteter i LUS-processen och SIP, delaktighet för äldre, distansmöten och digital teknik, informationsflöden och pandemins påverkan på samverkan. Anteckningarna från Mötesplatserna

lästes igenom och i likhet med fritextsvaren sorterades uttalanden utifrån om de kom från slutenvården, vårdcentralerna, äldreomsorgen eller primärvårdsrehab. Materialet kategoriserades sedan i ovan nämnda teman plus ytterligare teman som växte fram ur materialet, som gemensamma mål, nya samverkansformer och informellt samarbete i vardagen. Även andra teman med fokus på organisation, bemanning, sjukdom bland personalen, arbetsmiljöfrågor lyftes under träffarna, men de faller utanför innehållet i denna rapport.

Fritextsvaren och mötesanteckningarna har sedan jämförts med de kvantitativa resultaten och analyserats utifrån om de bekräftar, motsäger eller nyanserar detta. Det kvalitativa materialet bidrar med konkreta berättelser, händelser och nyanser. Särskilt mötesanteckningarna ger ett rikt material, som har använts för att identifiera faktorer och förutsättningar som kan förklara eller fördjupa de resultat, samband och skillnader som visar sig i det kvantitativa materialet.

Citat från fritextsvaren används för att exemplifiera och illustrera mönster och teman. I dessa citat har vissa justeringar gjorts för att de ska blir språkligt och grammatiskt korrekta. Vi använder även citat från mötesanteckningarna. Dessa anteckningar är detaljerade, men likväl är det i dessa fall inte alltid exakta citat av vad deltagarna sade ordagrant. Vår bedömning är dock att citaten speglar innehållet i det som sades på ett bra sätt.

Resultat – enkätsvar

I detta kapitel redovisas resultatet från enkäten och de fyra möten som genomfördes inom ramen för Mötesplatser för lokal samverkan. Löpande i texten hänvisas till mer detaljerade tabeller och statistiska beräkningar i bilaga 1 och 2. Kapitlet består av följande sex delar.

(1) Inledningsvis redovisas respondenternas delaktighet i olika samverkansforum mellan region och kommun. Det handlar både om forum som etablerades innan coronapandemin och om de nya kluster som inrättades under pandemin. (2) Sedan följer ett avsnitt om en rad konkreta aktiviteter i planeringsprocessen kring utskrivning från slutenvård (LUS-processen) och hur dessa aktiviteter fungerade och förändrades under pandemin. (3) I det tredje avsnittet redovisas hur samverkansprocessen bedömdes fungera på en mer övergripande nivå. Det handlar då om mer generella frågor om utskrivningsprocessen kring individen, informationsdelning, involvering av primärvårdsrehab och pandemins konsekvenser för samverkansarbetet. (4) Därefter följer ett avsnitt om samverkansarbetets utfall för målgruppen. I detta avsnitt presenteras resultat från frågor om kvalitet för patienter och brukare. (5) Sedan redovisas en analys av eventuella samband mellan deltagande i samverkansforum och hur väl samverkansarbetet bedömdes fungera under pandemin. (6) I den sjätte och avslutande delen presenteras det kvalitativa materialet från enkätens fritextfrågor och de möten som genomfördes inom Mötesplatser för lokal samverkan under våren.

Forum för samverkan

En effektiv samverkan förutsätter någon form av forum där berörda aktörer kan mötas och utbyta erfarenheter (Danermark, 2015). I enkätstudien undersöktes graden av delaktighet i såväl tidigare etablerade samverkansforum som nyetablerade kluster.

En klar majoritet av respondenterna, 55 av 60 (92 %), svarade att de innan coronapandemin ingick i ett återkommande forum för samverkan mellan kommun och region. Av dessa svarade 28 (47 %) att detta forum var fortsatt aktivt även under pandemin. Därtill svarade en dryg tredjedel, 23 av 60 (38 %), att de deltog i ett av de nyinrättade kluster som skapades under pandemin (se tabell 4). Några personer uppgav även att de deltog i både ett tidigare etablerat forum och ett nyinrättat kluster. Sammantaget deltog två tredjedelar, 40 av 60 (67 %), i någon av dessa två typer av samverkansforum.

I tolkningen av enkätsvaren är det svårt att definitivt avgöra vad olika respondenter menade med att tidigare samverkansforum var fortsatt aktiva. Vi har valt att inte tolka detta som en fråga om dessa forums faktiska aktivitet, eftersom ett forum kan ha varit aktivt utan att respondenten kände till det. Vi tolkar det istället som en fråga om huruvida den enskilde respondenten själv var fortsatt aktiv i forumet eller inte.

Tabell 4. Aktivitet i tidigare etablerade samverkansforum och nyinrättade kluster under pandemins första våg.

	Tidigare etablerat samverkansforum	Nyinrättat kluster
Ja, deltog	28 (46,7%)	23 (38,3%)
Nej, deltog inte	26 (43,3%)	33 (55,0%)
Vet ej	6 (10,0%)	4 (6,7%)
Totalt	60	60

De personer som uppgav att de deltog i ett nyinrättat kluster svarade även på tre följdfrågor om hur dessa fungerade. Resultatet indikerar att klustren fungerade påtagligt väl (se bilaga 1, tabell A). De fungerade bra för informationsspridning under coronapandemin och för att lösa praktiska problem kopplade till Covid-19. Enligt de svarande fungerade klustren även bra för att samverka kring andra gemensamma frågor vid sidan av Covid-19. I genomsnitt var det dock något mer negativa svar och större spridning på svaren när det gällde denna typ av bredare samverkansfrågor.

Konkreta aktiviteter i utskrivningsprocessen

Detta avsnitt handlar om konkreta aktiviteter som ingår i planeringsprocessen utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS). I enkäten berörs totalt 18 aktiviteter som delats in i fem övergripande processteg som kallas moment. Dessa moment var (1) inskrivning, (2) planering inför utskrivning, (3) utskrivningsklar, (4) information till patienten i samband med utskrivning samt (5) samordnad individuell plan (SIP).

Aktiviteterna i de fyra första momenten kan delas upp mellan slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen. Dessa aktiviteter samordnas, men ansvaret för att genomföra aktiviteterna ligger på olika aktörer. Däremot är SIP-momentet i huvudsak ett gemensamt ansvar, där intentionen är att aktiviteterna i fråga ska utföras tillsammans i samverkan. Att kalla till SIP-möte är dock vårdcentralens ansvar i sin roll som fast vårdkontakt.

Inledningsvis kan konstateras att resultatet visar en variation mellan hur väl de olika momenten och aktiviteterna bedömdes fungera (se bilaga 2, tabell A–R). Sammantaget skattades inskrivningsmomentet som mest välfungerande, medan momenten planering inför utskrivning, utskrivningsklar och information vid utskrivning fungerade något sämre. SIP-momentet stack dock ut då det fungerade betydligt sämre än övriga moment.

Emellertid, vid sidan av SIP, var det inte mellan de fem momenten som den stora variationen återfanns. Istället synliggör enkätresultatet en skiljelinje som hänger samman med vilken vård- och omsorgsaktör som ansvarade för respektive aktivitet. De aktiviteter där äldreomsorgen hade huvudansvar bedömdes fungera bra av i genomsnitt 67 procent av respondenterna. Slutenvårdens aktiviteter bedömdes fungera bra av i genomsnitt 45 procent medan vårdcentralens aktiviteter bedömdes fungera bra av i genomsnitt 33 procent av respondenterna (se tabell 5). Med andra ord indikerar resultatet att äldreomsorgen klarade av sina aktiviteter i LUS-processen relativt väl, medan slutenvården och framförallt vårdcentralerna inte fullt ut fullföljde sina åtaganden.

Tabell 5. Andel (procent) av respondenterna som bedömde att slutenvårdens, vårdcentralernas och äldreomsorgens aktiviteter i LUS-momenten fungerade bra.

LUS-moment**	Slutenvårdens aktiviteter	Vårdcentralernas aktiviteter	Äldreomsorgens aktiviteter
Inskrivning	58*	36	69
Planering inför utskrivning	39*	31	69
Utskrivningsklar	46*	33*	62
Utskrivning (info till patienter)	38	-	-
Totalt	45	33	67

* Medelvärde för två delaktiviteter (se bilaga 2).
** SIP inkluderas inte i tabellen då det är ett delat ansvar för samtliga aktörer och därför inte kan redovisas på detta sätt.
SIP bestod av fyra aktiviteter som bedömdes fungera bra av i genomsnitt 13 procent av respondenterna.

Det fanns även en skillnad mellan hur de olika vård- och omsorgsaktörerna bedömde att aktiviteterna i LUS-processen fungerade. Generellt var det den aktör som ansvarade för aktiviteten i fråga som gav den mest positiva bilden av hur denna aktivitet fungerade, medan övriga aktörer gav en mer negativ bild. I synnerhet var det slutenvården och primärvården som såg mest positivt på sina egna aktiviteter medan äldreomsorgens aktiviteter beskrevs på ungefär samma sätt av alla aktörer (se bilaga 2, tabell A–O). Exempelvis var slutenvården mer positiva än äldreomsorgen när det gällde hur bra det fungerade för sjukhuset att skriva in sin bedömning av patientens funktionsförmåga och medicinska behov i Webcare. Detsamma gällde sjukhusets uppdatering av utskrivningsdatum i Webcare och huruvida sjukhuset skrev in en plan för hemgång i Webcare. På motsvarande sätt var vårdcentralerna mer positiva än äldreomsorgen när det gällde den fasta vårdkontaktens kontroll av eventuella hjälpmedel i hemmet, samt hur väl det fungerade för den fasta vårdkontakten att kvittera meddelandet om att patienten var utskrivningsklar. Vårdcentralerna var också mer positiva till hur det fungerade för den fasta vårdkontakten att kalla till SIP.

Slutligen, i enkäten ställdes även frågor om hur de olika aktiviteterna i LUS-processen fungerade under pandemin jämfört med innan. Resultatet visar att de fyra första momenten (inskrivning, planering inför utskrivning, utskrivningsklar och information till patienter vid utskrivning) i stort sett beskrevs som oförändrade under pandemin (se bilaga 2, tabell S). Detsamma gällde dock inte för SIP-momentet. Enkätsvaren visar tydligt att SIP bedömdes fungera sämre under pandemin jämfört med innan (se bilaga 2, tabell S).

Samverkan i utskrivningsprocessen

I det här avsnittet redovisas hur samverkansprocessen bedömdes fungera på en något mer övergripande nivå. Det handlar således inte om enskilda aktiviteter och moment i LUS-processen. Istället redovisas mer generella frågor om utskrivningsprocessen kring individen, informationsdelning, involvering av primärvårdsrehab och coronapandemins konsekvenser för samverkansarbetet.

Samverkan kring individen

Samverkanslagens mål om ett snabbare utskrivningsförlopp och kortare vistelse på sjukhus ska möjliggöras genom en mer effektiv samverkan mellan alla berörda vård- och omsorgsaktörer. Under coronapandemin när vården var så hårt belastad blev det särskilt viktigt att utskrivningsklara patienter snabbt och smidigt kunde skrivas ut och komma hem från sjukhusen.

På en övergripande fråga om upplevelsen av hur samverkan i utskrivningsprocessen fungerade svarade 65 procent att det fungerade "ganska bra" och 20 procent att det fungerade "mycket bra". Tabell 6 visar dock att det fanns skillnader mellan de fyra vård- och omsorgsaktörernas syn på detta. Slutenvården gav en mer positiv bild av hur samverkan fungerade än övriga aktörer. Äldreomsorgen och i synnerhet primärvårdsrehab gav en mer negativ bild av detta.

Skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant. Det var skillnaden mellan slutenvården och äldreomsorgen samt skillnaden mellan slutenvården och primärvårdsrehab som var signifikanta (se bilaga 1).

Tabell 6. Hur upplever du att samverkan i utskrivningsprocessen kring individen fungerat under coronapandemin?

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	1,50	10	,527
Vårdcentral	1,89	18	,471
Äldreomsorg	2,05	22	,653
Primärvårdsrehab	2,25	8	,707
Total	**1,93**	**58**	**,617**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = mycket bra. 2 = ganska bra. 3 = ganska dåligt. 4 = mycket dåligt.)

Information från ledningen

Pandemin förändrade förutsättningarna för vården och omsorgen radikalt. Det ställde krav på snabba anpassningar till den nya kritiska situationen. Under hela pandemin, men särskilt i den inledande fasen, fattades nya beslut i sällsynt snabb takt och nya direktiv, riktlinjer och rekommendationer formulerades kontinuerligt. Implementeringen av dessa beslut förutsatte ett fungerande informationsflöde från beslutsfattare till chefer och personal ute i verksamheterna.

När det gällde information från ledningen om nya direktiv kring utskrivningsprocessen svarade 72 procent att informationen nådde fram till dem i hög eller ganska hög grad. Drygt 23 procent upplevde att informationen nådde dem i ganska låg grad eller inte alls. Tabell 7 visar att det fanns en variation mellan respondenter från olika verksamheter. I synnerhet slutenvården uppfattade att informationen uppifrån nådde ut bra i verksamheten. Äldreomsorgen gav en något mer negativ bild av detta, men vårdcentralerna och primärvårdsrehab var de aktörer som uppfattade störst brist på information. Tabellen visar också att det var stor spridning i svaren, då standardavvikelsen var stor för främst primärvårdsrehab, men också för vårdcentralerna och äldreomsorgen. Skillnaderna mellan aktörerna var inte heller statistiskt signifikanta (se bilaga 1).

Tabell 7. Upplever du att information från ledningen om nya direktiv/riktlinjer och rutiner gällande utskrivningsprocessen under pandemin har nått fram till dig?

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	1,30	10	,483
Vårdcentral	2,12	16	,957
Äldreomsorg	1,74	23	,964
Primärvårdsrehab	2,25	8	1,165
Total	**1,84**	**57**	**,960**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = i hög grad. 2 = i ganska hög grad. 3 = i ganska låg grad. 4 = inte alls.)

Primärvårsrehabs involvering

En effektiv utskrivningsprocess förutsätter en fungerande samverkan mellan alla berörda verksamheter. I detta är primärvårdsrehab en viktig aktör, då många äldre personer har behov av rehabilitering och hjälpmedel i hemmet efter en sjukhusvistelse. Redan innan pandemin hade dock primärvårdsrehab identifierats som en aktör som i alltför låg grad involveras i samverkansarbetet (IVO, 2018).

Enkätresultatet bekräftar att primärvårdsrehab inte alltid involverades i utskrivningen trots att det fanns ett rehabiliteringsbehov. En stor andel på 37 procent svarade att de inte visste huruvida primärvårdsrehab involverades. I övrigt svarade de flesta något av de två mittenalternativen på den fyrgradiga skalan. Knappt 27 procent svarade att primärvårdsrehab involverades "ofta" och drygt 23 procent svarade att det skedde "ibland".

I tabell 8 redovisas hur de olika vård- och omsorgsaktörerna bedömde primärvårdsrehabs involvering i utskrivningsprocessen. Äldreomsorgen svarade i lägst grad att primärvårdsrehab involverades medan slutenvården och vårdcentralerna, samt primärvårdsrehab själva, i högre grad svarade att de involverades. Skillnaden mellan aktörerna var dock inte statistiskt signifikant (se bilaga 1).

Enkäten innehöll även en fråga om primärvårdsrehabs involvering hade förändrats jämfört med innan pandemin. En stor andel (42 %) kunde inte svara på denna fråga. I övrigt indikerar svaren att det inte skett någon större förändring. De flesta ansåg att det var oförändrat (33 %) och i princip lika många som ansåg att rehab involverades oftare (13 %) ansåg att de involverades mer sällan (12 %).

Tabell 8. I de fall behov av rehabilitering funnits, i vilken omfattning har primärvårdsrehab involverats i samband med utskrivning från sjukhus under pandemin?

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	2,22	9	,667
Vårdcentral	2,27	11	,786
Äldreomsorg	3,00	11	,775
Primärvårdsrehab	2,29	7	,951
Total	**2,47**	**38**	**,830**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = alltid. 2 = ofta. 3 = ibland. 4 = aldrig.)

Pandemin förstärkte och försvårade samverkan

En pandemi eller andra yttre oväntade händelser kan givetvis försvåra samverkan, men det finns också en möjlighet att en kris av detta slag kan skapa ett tydligt gemensamt mål som stärker samverkansarbetet. En kris kan också skapa möjligheter till lärande och utveckling.

Tabell 9 redovisar hur respondenterna ställde sig till påståendet att pandemin hade *förstärkt* samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus. Sammantaget indikerar resultatet att samverkansarbetet i viss mån hade stärkts. Slutenvården var den aktör som i högst grad ansåg att samverkan stärktes. Vårdcentralerna och primärvårdsrehab instämde i något lägre grad och äldreomsorgen uppfattade i lägst grad att samverkansarbetet hade stärkts under pandemin. När det gällde primärvårdsrehab var det stor spridning på de få svaren i denna kategori.

Skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant. Den signifikanta skillnaden fanns mellan slutenvården och äldreomsorg som var de aktörer som låg längst ifrån varandra i synen på detta. Övriga skillnader mellan aktörerna var inte signifikanta (se bilaga 1).

Tabell 9. Coronapandemin har *förstärkt* samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus.

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	1,80	10	,632
Vårdcentral	2,31	13	,751
Äldreomsorg	2,67	21	,730
Primärvårdsrehab	2,20	5	1,304
Total	**2,35**	**49**	**,830**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = stämmer mycket bra. 2 = stämmer ganska bra. 3 = stämmer ganska dåligt. 4 = stämmer mycket dåligt.)

Tabell 10 visar hur respondenterna ställde sig till påståendet att coronapandemin hade *försvårat* samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus. Sammantaget indikerar resultatet att samverkansarbetet i viss mån hade försvårats. Slutenvården var den aktör som i lägst grad ansåg att pandemin försvårade samverkansarbetet. Vårdcentralerna och primärvårdsrehab placerade sig i mitten medan äldreomsorgen i högst grad ansåg att samverkansarbetet försvårades av pandemin. Även på denna fråga var det stor spridning på svaren från särskilt primärvårdsrehab och skillnaderna mellan aktörerna var inte statistiskt signifikanta (se bilaga 1).

Tabell 10. Coronapandemin har *försvårat* samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus.

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	3,00	10	,667
Vårdcentral	2,56	16	,964
Äldreomsorg	2,35	23	,832
Primärvårdsrehab	2,50	6	1,378
Total	**2,55**	**55**	**,919**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = stämmer mycket bra. 2 = stämmer ganska bra. 3 = stämmer ganska dåligt. 4 = stämmer mycket dåligt.)

Tabell 9 och 10 visar att respondenterna ansåg att pandemin hade försvårat men också förstärkt samverkansarbetet i ungefär samma utsträckning. De två frågorna var negativt korrelerade (r = -.72, p = .001, N = 49). Det betyder att de som svarade högt på den ena frågan tenderade att svara lågt på den andra frågan. Det betyder i sin tur att det i huvudsak var olika personer som svarade att samverkan förbättrades och försvårades.

Mötesformer och kommunikationsteknik

Coronapandemin har inneburit ett genombrott för digital videoteknik i stora delar av arbetslivet och så även inom vården och omsorgen. Krav på social distansering och hemarbete har gjort att möten, konferenser och utbildningar i stor utsträckning genomförts som videomöten. I enkäten undersöktes vilka mötesformer som nyttjades i utskrivningsprocessen och vilken kommunikationsteknik som ökade under pandemins första våg.

Resultatet visar att fysiska träffar var ovanliga i planeringsmöten tillsammans med äldre och anhöriga under pandemin, exempelvis vid upprättandet av SIP (se tabell 11). Det var framförallt telefon som användes i dessa möten. 55 procent av respondenterna angav att de använde telefon och 15 procent angav att de använde digital videoteknik. En relativt stor andel på 25 procent angav dock att det inte gjordes några möten alls med äldre och anhöriga under perioden.

Tabell 11. Mötesformer för kommunikation med äldre och anhöriga i utskrivningsprocessen.(Antal och andel av respondenterna som svarat att de använt mötesformen.*)

	Antal	Andel (%)
Fysiskt möte	7	11,7
Videomöte (t.ex. Teams, Skype)	9	15,0
Telefonmöte	33	55,0
Annat (mail, Webcare)	4	6,7
Har ej skett	15	25,0
Vet ej	8	13,3

* Flera svarsalternativ möjliga.

De kommunikationsvägar mellan vård- och omsorgsaktörerna som ökade mest under pandemin var telefon och Webcare. Telefonanvändningen ökade enligt drygt 63 procent av respondenterna och kommunikation i Webcare ökade enligt 60 procent. Digitala videomöten ökade enligt knappt

17 procent av respondenterna, vilket kan tyckas lite, men då är det värt att påminna om att enkäten gick ut i juni 2020 och handlar om perioden april–maj, vilket var tidigt i pandemin.

Utfall för patienter och brukare

Detta avsnitt handlar om utfall av samverkansarbetet för patienter och brukare, det vill säga hur respondenterna skattade kvaliteten för målgruppen. I enkäten fanns tre frågor som syftade till att mäta detta. De handlade om huruvida de samverkande aktörerna upplevde att de lyckades (a) möta patienternas/brukarnas behov och problem, (b) göra patienterna/brukarna delaktiga i planeringen av vården och omsorgen vid utskrivning samt (c) skapa en trygg och säker hemgång från sjukhus. Det är värt att påminna om att enkäten besvarades av chefer och personal. Det är således inte brukarna och patienterna själva som skattat sin upplevelse av dessa frågor.

I tabell 12 redovisas resultatet för frågan om hur väl de samverkande vård- och omsorgsaktörerna upplevde att de lyckades möta *patienternas/brukarnas behov och problem*. Medelvärdet för samtliga svarande indikerar att de bedömde att detta fungerade ”ganska bra”. Slutenvården gav den mest positiva bilden. Vårdcentralerna och äldreomsorgen gav en något mer negativ bild medan primärvårdsrehab förmedlade en betydligt mer negativ bild av detta.

Skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant. Det var primärvårdsrehab som skiljde sig signifikant från de tre övriga aktörerna. Däremot var skillnaderna mellan slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen inte statistiskt signifikanta (se bilaga 1).

Tabell 12. Hur väl upplever du att aktörerna lyckas möta patienternas/brukarnas behov och problem?

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	1,50	10	,527
Vårdcentral	1,87	16	,500
Äldreomsorg	1,90	20	,553
Primärvårdsrehab	2,67	6	,816
Total	**1,90**	**52**	**,634**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = mycket bra. 2 = ganska bra. 3 = ganska dåligt. 4 = mycket dåligt.)

Tabell 13 visar resultatet för frågan om hur väl de samverkande vård- och omsorgsaktörerna upplevde att de lyckades göra *patienterna och brukarna delaktiga i planeringen* i utskrivningsprocessen. Medelvärdet för samtliga aktörer visar att de svarande ansåg att det fungerade ganska bra att skapa delaktighet för patienter och brukare. Slutenvården gav återigen den mest positiva bilden. Övriga aktörer var samstämmiga och hade en något mer negativ syn på de äldres delaktighet. Skillnaden mellan aktörerna var dock inte så stor att den var statistiskt signifikant (se bilaga 1).

Tabell 13. Hur väl upplever du att aktörerna lyckas göra patienterna/brukarna delaktiga i planeringen av vården och omsorgen vid utskrivning från slutenvård?

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	1,60	10	,516
Vårdcentral	2,07	15	,704
Äldreomsorg	2,30	20	,733
Primärvårdsrehab	2,20	5	,837
Total	**2,08**	**50**	**,724**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = mycket bra. 2 = ganska bra. 3 = ganska dåligt. 4 = mycket dåligt.)

Tabell 14 visar resultatet för frågan om hur väl de samverkande vård- och omsorgsaktörerna upplevde att de lyckades skapa en *trygg och säker hemgång från sjukhuset*. Medelvärdet för samtliga svarande indikerar att de ansåg att det fungerade ganska bra. Det fanns dock ganska stora skillnader mellan aktörerna i deras syn på detta. Liksom för de tidigare frågorna ovan gav slutenvården den mest positiva bilden. Primärvårdsrehab gav den mest negativa bilden medan vårdcentralerna och äldreomsorgen låg i mitten på ungefär samma nivå.

Skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant. Slutenvården skiljde sig signifikant från alla de tre övriga aktörerna genom sin mer positiva syn på patienternas trygghet och säkerhet vid hemgång. Primärvårdsrehab skiljde sig också signifikant från alla andra aktörer, men genom sin mer negativa uppfattning om detta. Den marginella skillnaden mellan vårdcentralerna och äldreomsorgen var inte signifikant (se bilaga 1).

Tabell 14. Hur väl upplever du att aktörerna lyckas skapa en trygg och säker hemgång från sjukhus?

	M	*N*	*SD*
Slutenvård	1,50	10	,527
Vårdcentral	1,94	17	,556
Äldreomsorg	2,00	21	,447
Primärvårdsrehab	2,50	6	,548
Total	**1,94**	**54**	**,564**

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = mycket bra. 2 = ganska bra. 3 = ganska dåligt. 4 = mycket dåligt.)

Betydelsen av samverkansforum

I tabell 4 ovan redovisas att en majoritet av respondenterna deltog i någon typ av samverkansforum mellan region och kommun under pandemins första våg. Knappt hälften svarade att de under pandemins första våg deltog i ett forum som hade etablerats innan pandemin och en dryg tredjedel svarade att de deltog i de nya kluster som inrättades i början av pandemin.

En intressant fråga är om dessa samverkansforum hade någon betydelse för hur väl samverkansarbetet fungerade. Utifrån enkätens design kan vi inte dra några säkra slutsatser om orsakssamband, men däremot kan vi undersöka eventuella statistiska samband mellan respondenternas deltagande i dessa samverkansforum och deras upplevelse av hur väl samverkansarbetet fungerade under pandemin. Detta testades genom statistiska analyser (t-test), där gruppen som deltog i ett tidigare etablerat samverkansforum jämfördes med gruppen som inte deltog i något sådant forum.

Motsvarande analyser gjordes även för deltagande i nyinrättade kluster (som just hade startat upp när enkäten gick ut, varför de inte haft så lång tid på sig att hitta sina former).

Resultatet visar att de respondenter som deltog i ett aktivt tidigare etablerat samverkansforum i genomsnitt ansåg att samverkan fungerade bättre jämfört med dem som inte deltog i ett sådant forum (se bilaga 1, tabell B). Respondenter med ett aktivt samverkansforum ansåg att samverkan kring individen i utskrivningsprocessen fungerade bättre under pandemin. De ansåg även att de i högre grad nåddes av information från ledningen om nya direktiv, riktlinjer och rutiner. Och de upplevde i lägre grad att pandemin försvårade samverkansarbetet. Samtliga dessa skillnader var statistiskt signifikanta med en medelstor effekt.

Motsvarande resultat för deltagande i nyinrättade kluster visade inga statistiskt signifikanta skillnader mellan gruppen som deltog i ett kluster och gruppen som inte deltog i ett kluster (se bilaga 1, tabell C). Resultatet går dock i samma riktning som för etablerade samverkansforum. Gruppen som deltog i ett kluster skattade samverkansarbetet som mer välfungerade än gruppen som inte deltog i något kluster.

Resultat – fritextsvar och mötesanteckningar

I detta avsnitt redovisas fritextsvar från enkätens öppna frågor och dokumentationen från Mötesplatsernas träffar under våren 2020. Dokumentationen från Mötesplatserna benämns härefter som mötesplatsmaterialet.

I både fritextsvaren och mötesplatsmaterialet bekräftas bilden av att samverkan i flera avseenden fungerade ganska bra under pandemin. Samtidigt finns kommentarer som kompletterar och nyanserar den bild som framkom i de kvantitativa enkätsvaren.

Drivas av ett gemensamt mål

Flera av kommentarerna i de öppna frågorna förmedlade att pandemin skapade en hög motivation till att samverka hos alla inblandade parter. Det handlade om vikten av att lösa problem tillsammans, att hjälpa varandra över organisatoriska gränser och att se till varje individs behov. Kommentarerna visar att de svarande ansåg att det var möjligt att lägga frågor om ekonomi, resurser och prestige åt sidan för att istället arbeta mot ett gemensamt mål, nämligen att den enskilde personen skulle få en så bra vård och omsorg som möjligt utifrån den svåra och pressade situation som pandemin medförde. Detta kan illustreras med citat från fritextsvaren. En samordnare i äldreomsorgen skrev följande:

> Det har varit en stor enighet och vilja att 'ställa upp' och en tanke om att vi ska klara detta tillsammans! Det har varit en ökad snälltolkning mot andra och fokus har hela tiden varit att vi ska arbeta tillsammans och göra det bästa för individen. (Samordnare i äldreomsorgen)

En representant från geriatriken uttryckte sig så här:

> Motivationen till samverkan har ökat och alla har verkligen bjudit till. Vi har tänkt bort vem som har rätt eller fel i olika frågor, istället har patienten stått i fokus. (Representant från geriatriken)

Och en vårdcentralschef i en av Mötesplatserna berättade följande om hur hon hade agerat:

> Jag hade ett specialuppdrag. Jag besökte säbo och stöttade dem, lämnade extra utrustning och informerade om hur utrustningen skulle användas och hur man tar prover. Tanken var att det mobila teamet skulle ta prover på säbo, men de hann inte med, och då anmälde jag mig frivilligt att hjälpa till. (Vårdcentralschef)

Citaten visar att det fanns en vilja att "ställa upp" för varandra och hjälpa till "frivilligt" för att hantera pandemins utmaningar. Inställningen kan sammanfattas med följande citat från en chef i äldreomsorgen: "Vi har pratat mycket mer med varandra och verkligen stått enade i denna krissituation."

Nya kluster och etablerade mötesplatser

I fritextsvaren nämndes flera olika forum för samverkan mellan regionala och kommunala verksamheter. De nyetablerade klustren nämndes återkommande. Dessa formades runt en sammankallande vårdcentral och bildades med tydligt fokus på samverkan och informationsdelning under pandemin. I fritextsvaren fanns även återkommande kommentarer om Nestor FoU-centers Mötesplatser för lokal samverkan. Dessa forum var väletablerade sedan flera år tillbaka och var fortsatt aktiva i digital form även under pandemin.[6]

I mötesplatsmaterialet berättade flera deltagare att det var värdefullt att Mötesplatserna fanns på plats och var väl etablerade redan långt innan pandemin startade. Det betydde att kontaktytor och kontaktvägar redan var upparbetade och att man hade en personlig relation med flera av sina samarbetsparter. I mötesplatsmaterialet framkom att detta var till stor hjälp när läget blev kritiskt och akut under pandemin. Flera deltagare sade att det då var enkelt och smidigt att nå varandra till följd av dessa upparbetade kontaktvägar. Det gällde kontakter mellan chefer i de olika verksamheterna, men också mellan vård- och omsorgspersonal i dessa verksamheter.

Ett uttryck för att Mötesplatserna upplevdes som väl etablerade med goda relationer var att deltagarna trots det akuta pandemiläget markerade att de gärna ville fortsätta samverka kring andra frågor när läget stabiliserat sig. Det fanns flera teman som varit uppe för diskussion tidigare och som grupperna ville fortsätta med, exempelvis äldre med psykisk ohälsa, samverkan kring gemensamma dokument samt organisering av den mer lokala samverkansstrukturen. En myndighetschef från en av kommunerna sade:

> Det är jätteviktigt att fortsätta med våra träffar och diskutera och arbeta med hur vi kan göra det bra för våra äldre. (Myndighetschef, kommun)

Bättre samverkan genom distansmöten och fler kontakter

I det kvalitativa materialet från fritextfrågorna och mötesplatsträffarna framkom ett flertal exempel på hur coronapandemin hade stärkt samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus. I fritextsvaren beskrevs att den enskilde hade fått stå i fokus, vilket stärkt känslan av ett gott samarbete.

Det positiva med att kommunicera via Webcare, digitala möten och telefon istället för fysiska möten lyftes fram. Möjligheten att delta från sin egen arbetsplats ökade tillgängligheten och flera hade därför möjlighet att närvara på mötena. Enligt både fritextsvaren och mötesplatsmaterialet hade många möten fungerat över förväntan, såväl möten med de äldre som samverkansmöten mellan olika vård- och omsorgsaktörer. Exempelvis framkom att införandet av regelbundna digitala klustermöten hade bidragit till ett stärkt samverkansarbete. En chef från primärvårdsrehab skrev så här i fritextsvaren:

---

[6] Andra samverkansforum som nämndes i fritextsvaren var tex ett forum som bildades lokalt i en enskild kommun, där den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) hade en samordnande roll och bjöd in chefer från vårdcentraler, hemsjukvård och geriatrik i kommunen. Ett annat exempel gällde personal från Södersjukhuset som samverkade med chefer och biståndshandläggare från ett antal kommuner, främst Stockholms stad, Huddinge och Haninge.

> Det blev en bättre samverkan med lokala vårdgrannar, i synnerhet hemtjänsten, tack vare digitala avstämningsmöten. (Chef, primärvårdsrehab)

Och en representant från slutenvården förklarade följande på Mötesplatsträffen:

> Vi pratar mer i telefon, har kontakt med biståndshandläggare och anhöriga. Men jag saknar den samverkan som sker i och med de fysiska kontakterna och mötena.(Ansvarig för utskrivningsteam inom slutenvården)

En vårdcentralschef skrev att den geriatrikenhet de samarbetade med dokumenterade på ett bra sätt i Webcare, särskilt när det gällde Covid-19-patienter, vilket gjorde att planeringen fungerade smidigt. Från äldreomsorgen lyftes även mer informella digitala samverkansmöten med slutenvården fram som viktiga. I dessa möten uppdaterade man varandra om läget i respektive organisation och löste praktiska frågor tillsammans. Deltagare från Mötesplatserna menade att övergången till mer digitala möten var något att bevara och utveckla vidare även efter pandemin.

I mötesplatsmaterialet beskrevs ytterligare exempel på hur samverkansarbetet hade förbättrats till följd av möjligheten att mötas på distans, via telefon eller digitala möten. Exempelvis sades att nya kontakter skapades mellan myndighetschefer, vårdcentralschefer, ASIH-chefer, hemtjänstchefer och chefer för äldreboenden i flera kommuner. En vårdcentralschef från en av Mötesplatserna sade följande:

> Nu har vi fått chans att lära känna MAS:en. Det har varit bra. Det borde vi fortsätta hålla i. Det har också varit bra att samarbeta med andra vårdcentraler i vår kommun. (Vårdcentralschef)

Deltagare från geriatriken framförde också att samverkan med kommunerna hade fungerat effektivt. Bland annat för att sjukhusen fått hjälp att frigöra vårdplatser genom att snabbt och smidigt kunna skriva ut patienter som inte längre behövde slutenvårdens resurser. Deltagare från geriatrikenheter framhöll även att samarbetet med primärvården hade fungerat bra. Andra exempel som lyftes i mötesplatsmaterialet var att primärvårdsrehab i en kommun samarbetade bättre med hemsjukvården genom att stötta hemsjukvårdens personal vid behov. I en annan kommun utvecklades bättre samverkan mellan primärvårdsrehab, hemtjänsten och vårdcentralerna. En deltagare som varit med länge i Mötesplatsen sade att ”samarbetet mellan kommunen och regionen aldrig har varit bättre”.

Bristfällig information och uteblivet stöd

I det kvalitativa materialet fanns även flera exempel på hur samverkansarbetet hade försvårats under pandemin. I fritextsvaren skrev ett antal respondenter att det blivit tydligt att samverkan behövde förstärkas. Främst gällde det samverkan mellan kommunens myndighetssida och vårdcentralerna, hemtjänsten och vårdcentralerna samt hemtjänsten och primärvårdsrehab. Den mesta samverkan i utskrivningsprocessen hade gjorts mellan geriatriken och biståndshandläggarna och flera respondenter från äldreomsorgen skrev att de saknade samverkan med primärvården. Även

en respondent från slutenvården instämde i detta och skrev att det fanns brister i vårdcentralernas arbete med att skriva in sin planering i Webcare.

Enligt fritextsvaren skedde således det mesta samverkansarbetet mellan slutenvården och äldreomsorgen. Men i materialet beskrevs flera brister även i denna samverkan. Exempelvis påtalades att äldreomsorgen ibland inte fick information om att enskilda personer testats positivt för Covid-19 när de skrevs ut från slutenvården. Och en respondent från geriatriken skrev att kommuner och primärvård i vissa fall nekade att ta emot covid-19-patienter när de skrevs ut.

Respondenter från äldreomsorgen beskrev svårigheter och utmaningar med att göra bra bedömningar och utreda de äldres behov under pandemin, då det var svårt att få tillräckligt underlag från slutenvården. Särskilt svårt beskrevs det vara för äldre personer som sedan tidigare hade omfattande och komplexa behov. I fritextsvaren påpekades bland annat att olika sjuksköterskor hade lämnat motstridiga uppgifter. Man lyfte också den ibland bristfälliga information som slutenvården lämnade gällande ADL-förmåga (aktiviteter i dagliga livet) hos den enskilde. Olika avdelningar inom slutenvården var olika vana att beskriva ADL-förmåga. Flera sjuksköterskor var dessutom vikarier som saknade erfarenhet av samverkan med kommunen i utskrivningsplaneringen. Vidare beskrevs att man från äldreomsorgen upplevde den paramedicinska personalen från slutenvården som frånvarande i samverkansarbetet. En respondent från äldreomsorgen skrev att handläggarna i äldreomsorgen trots dessa informationsbrister inte ville ligga på för hårt då sjukvården var så pass överbelastad under pandemin. Många gånger hade kommunen själva fått leta fram nödvändig information.

En annan svårighet som äldreomsorgen lyfte i fritextsvaren handlade om det preliminära utskrivningsdatum (PUD) som slutenvården sätter. Planeringen försvårades av att datumet ändrades, ofta dagligen. Utskrivningsdatumet kunde flyttas fram med ett par dagar i taget, vilket i slutändan kunde resultera i flera veckor. Det påpekades dock att detta var en svårighet som fanns även innan pandemin.

Ytterligare en problematik som beskrevs i fritextsvaren var att pandemin försvårade omhändertagandet av personer med demenssjukdom. En respondent från äldreomsorgen skrev att minnesmottagningarna gjorde uppehåll i sina utredningar, vilket medförde svårigheter för biståndshandläggarna att fatta beslut om demensboende då det inte fanns en fastställd demensdiagnos.

Även från vårdcentralerna framkom visst missnöje kring samverkan med geriatriken. Det gällde exempelvis att patienter vid flera tillfällen skrivits ut från sjukhuset utan att vårdcentralerna hade informerats. Från vårdcentralens håll framkom även att de hade förväntat sig mer stöd från ASIH under pandemin. Trots att ASIH hade fått ett utökat uppdrag när pandemin slog till, beskrev representanter från vårdcentralerna att det tog lång tid innan ASIH bistod med insatser när en patient hade behov av detta.

Aktörernas olika utmaningar i utskrivningsprocessen (LUS)

I fritextsvaren bekräftas bilden av att framför allt slutenvården ansåg att samverkan fungerade väl under pandemin och att det generellt var smidigt att kommunicera med övriga aktörer under planeringen för hemgång. Vid flera geriatriska enheter förstärktes dessutom bemanningen under pandemin, för att exempelvis möjliggöra utskrivning även på helger och röda dagar.

När det gällde kommunerna visar fritextsvaren en mer skiftande syn på hur utskrivningsprocessen fungerade under pandemin. Exempelvis framgår att kommunikationen i Webcare ansågs

fungera olika bra med olika sjukhus och avdelningar. För biståndshandläggarna medförde pandemin även nya arbetssätt för att inhämta information och det beskrevs svårigheter med att få in bra bedömningsunderlag för att kunna fatta välgrundade beslut om insatser. Som nämnts ovan framhöll exempelvis handläggare att de saknade information om den enskildes ADL-förmåga. Pandemin medförde också att handläggaren inte träffade de äldre fysiskt på sjukhuset, utan till stor del fick inhämta information per telefon. Enligt fritextsvaren fungerade det bra i vissa fall, men ganska ofta fick information istället inhämtas från anhöriga. Personal på sjukhuset hjälpte då till med att ta in samtycke från patienten så att den anhörige kunde lämna uppgifter. Normalt är det handläggarens ansvar att inhämta detta samtycke. Även i mötesplatsmaterialet beskrevs hur slutenvården i flera fall ”servade” kommunerna när handläggarna inte kunde besöka sjukhuset. De bistod med information och hjälpte till i kommunikationen med den enskilde. Handläggarna inhämtade även information från primärvården och hemtjänsten, även om den inte innehöll uppgifter om tiden på sjukhuset.

Det framhölls av mötesplatsdeltagare att utskrivningsprocessen trots allt fungerade relativt smidigt även under pandemin. Särskilt i två av de fyra Mötesplatserna förmedlade kommunerna att utskrivningen hade fungerat bra. Deltagare från dessa kommuner sade att de fått erfarenheter och nya idéer värda att plocka med sig även efter pandemin. Ett exempel var hur två närliggande kommuner och den gemensamma geriatriska slutenvårdsenheten hade etablerat ett nytt samarbete där de inför varje helg stämde av utskrivningarna, med fokus på platstillgång och resurser.

När det gällde vårdcentralernas roll i utskrivningsprocessen framkom ett flertal brister. Vårdcentralsrepresentanter i mötesplatsmaterialet sade att det under pandemin saknades förutsättningar, avseende tid och andra resurser, att fullt ut efterleva den överenskomna utskrivningsprocessen i alla dess moment och aktiviteter. Samtidigt menade representanter från vårdcentraler att man tillsammans med övriga aktörer ändå kunnat lösa de frågor som varit aktuella och därmed säkrat trygga och säkra utskrivningsplaneringar för de äldre, vilket man menade var det viktigaste. I fritextsvaren fanns dock också uppgifter om att slutenvården vid flera tillfällen hade missat att informera vårdcentralen när patienter skrevs ut. Det ledde till att dessa patienter blev utan hjälp från vårdcentralen i allt från en dag till upp mot en vecka.

En chef från äldreomsorgen skrev i fritextsvaren att vårdcentralerna i utskrivningsprocessen tagit ett steg tillbaka under pandemin. Innan pandemin var vårdcentralerna, enligt denna chef, på väg att hitta in i sin nya roll i utskrivningsprocessen, och bland annat bidra med viktig information i ett tidigare skede, vilket även underlättade handläggarnas planering. I och med pandemin hade vårdcentralerna till stor del fallit tillbaka till utgångsläget som det såg ut innan samverkanslagen trädde i kraft, det vill säga att samverkan huvudsakligen skedde mellan slutenvården och kommunen medan vårdcentralerna höll sig mer i bakgrunden.

När det gällde primärvårdsrehab bekräftades bilden av att detta var en aktör som tenderade att hamna vid sidan av utskrivningsprocessen. I fritextsvaren skrev en respondent från primärvårdsrehab att sjukhuset ofta missade att remittera patienter till primärvårdsrehab. Om primärvårdsrehab var med i utskrivningsprocessen kom de ofta in sent och fick då ofta själva införskaffa den information de behövde för att bedöma behov av stöd och hjälpmedel. Ibland fanns ingen information alls att tillgå. En chef från primärvårdsrehab skrev följande:

> Vi rehab upplevde att en hel del patienter kom i kläm, framförallt de utan anhöriga, som bara blev hemskickade. (Chef, primärvårdsrehab)

Biståndshandläggare kunde uttrycka en oro för informationsdelningen med primärvårdsrehab som inte var anslutna till Webcare. Det kunde exempelvis handla om handläggarnas dokumentation om att den enskilde och dennes anhöriga hade frågor om hjälpmedel eller hemrehabilitering. Detta problem lyftes även av primärvårdsrehab själva. Enligt en av cheferna från primärvårdsrehab som ingick i mötesplatsmaterialet, hade de skrivit flera avvikelserapporter på grund av att de inte i tid tagit hand om patienter som skrivits ut.

Utmaningar med SIP (samordnad individuell plan)

SIP är ett arbetssätt för att tillsammans med den enskilde göra en plan för den fortsatta vården och omsorgen efter utskrivning. Enligt samverkanslagen och den regionala överenskommelsen är SIP det centrala verktyget för att möjliggöra den enskildes delaktighet i den planeringen. I det kvalitativa materialet var det tydligt att kallelser till och genomförande av SIP försämrades under pandemin. Alla vård- och omsorgsaktörer delade den bilden. Emellertid påpekades också att omställningen till SIP inte var särskilt långt gången innan pandemin heller. I fritextsvaren skrev flera respondenter att de just hade börjat träna på att genomföra SIP när pandemin slog till. En respondent skrev att de sannolikt kommer att vara tillbaka på ruta ett när pandemin väl är över. En annan respondent menade att de visserligen genomförde färre SIP:ar, men att det ändå fungerade relativt bra då de olika aktörerna gjorde sin egen planering inför utskrivningen.

I fritextsvaren gavs exempel på hur de olika aktörerna hade hanterat SIP under pandemin. Inom slutenvården hade inga inledande SIP:ar[7] kunnat genomföras på grund av besöksförbud för både privatpersoner och personal från andra verksamheter. Från vårdcentralernas håll skrev en chef att det inte gått att genomföra några fysiska SIP:ar till följd av smittorisken. All planering och samverkan som fick ersätta SIP hade skett över telefon, vilket dock fungerat bra enligt denna chef. En annan vårdcentralsrepresentant menade tvärtom att telefonmöten för SIP inte alls hade fungerat på grund av tekniska problem och dåligt ljud. Det var inte möjligt att genomföra SIP i hemmet eftersom handläggarna inte gjorde hembesök under perioden, till skillnad från hemsjukvården. Istället hade handläggarna direktkontakt med de äldre och deras anhöriga per telefon. Dessa samtal beskrevs fungera bra i många fall, men det blev inget samverkansmöte där alla berörda parter deltog och delade information. Respondenter från primärvårdsrehab skrev att samverkan kring SIP i hemmet fungerade dåligt, men det gällde inte bara under pandemin. De menade att de inte heller innan pandemin blev kallade till SIP i någon större utsträckning.

Även i mötesplatsmaterialet framkom en liknande bild av SIP. Nästan inga kallelser till SIP hade förekommit, men det påpekades att en planering för den enskildes bästa gjordes på andra sätt, utan alla ingående SIP-aktiviteter. I mötesplatserna diskuterades även hur SIP-arbetet kan återupptas efter pandemin och att det vore önskvärt att utveckla alternativa sätt att genomföra SIP. Exempelvis menade flera deltagare att en digital lösning för SIP skulle underlätta arbetet avsevärt.

[7] SIP för sköra äldre med många och komplexa behov, som genomförs medan patienten är kvar på sjukhuset.

Från utskrivning till hemgång

Enligt samverkanslagen ska patienten skrivas ut så fort det går när det medicinska behovet av slutenvård inte längre kvarstår. Då gäller att planeringen är så fullständig som möjligt för att utskrivningen ska ske smidigt och för att aktörerna utanför slutenvården ska kunna träda in och ta över vård- och omsorgsansvaret.

Mötesplatsmaterialet visade att en stor andel av de äldre skrevs ut redan på dagen för planerat utskrivningsdatum (dag noll) och att utförare i äldreomsorgen, både hemtjänst och särskilda boenden, ofta var anpassningsbara och flexibla när det gällde att ta emot personer som skulle komma hem. Hemtjänsten kortade sina inställningstider (tiden från biståndshandläggarens beslut om insatser till att dessa kommer igång), på vissa håll från 24 till fem timmar. Det underlättade hemgången från sjukhuset för de enskilda. Från en Mötesplats framkom att en privat aktör med ansvar för hemsjukvården på kvällar och helger hade tagit stort ansvar i samband med hemgång. De ringde upp avdelningarna på sjukhuset för att informera sig om planerade utskrivningar under helgen. I fritextsvaren skrev även representanter från äldreomsorgen att biståndshandläggare hade funnits i beredskap för utskrivningar på helgerna, men det hade inte behövts i någon större utsträckning.

Emellertid, lyftes även risker med alltför snabba utskrivningsprocesser. Exempelvis varnade en chef från primärvårdsrehab i mötesplatsmaterialet för att flera patienter blivit utskrivna snabbare från slutenvården, vilket ökade risken för att fler skrevs ut i sämre skick än under mer normala förhållanden och att eventuella hjälpmedel inte hann komma hem. Detta framkom även i flera av fritextsvaren, där det beskrevs att det från vårdens håll varit nödvändigt att ibland snabba på utskrivningsprocessen för att förhindra långa vårdtider vilket kunde öka smittorisken för covid-19. Dessutom behövde plats frigöras för nya patienter som behövde läggas in.

Nya sätt att organisera för bättre samarbete och samverkan

I mötesplatsmaterialet beskrevs flera exempel på nya arbetsformer som utvecklats för att stärka samarbetet för att bättre kunna hantera pandemin. Vid en av mötesplatsträffarna lanserades ett uttryck som beskrev den snabba omställningen till att arbeta och samverka på nya sätt: ”Vi lever rutinerna samtidigt som vi upprättar dem.” En chef från äldreomsorgen beskrev omställningen på följande sätt:

> Det har varit intressant att se den kraft som finns i en organisation för att ställa om fort. Tidigare processer som vi arbetat med i månader lades åt sidan, nu ställde vi om snabbt på ett par dagar. Ledningen har varit tydlig i det här, har pekat med hela handen och har vågat pröva nya saker. (Chef i äldreomsorgen)

Exempel på dessa nya arbetsformer var att vissa verksamheter bildade eller förstärkte särskilda team, såsom utskrivningsteam, Covid-19-team inom hemtjänsten, team från primärvården som besökte hemtjänstutförare för att ge stöd på plats, team som åkte hem till patienter och tog prover samt vårdcentralsteam som stöttade kommunernas egna nystartade coronateam.

Ett annat exempel som beskrevs i Mötesplatserna var en kommun som utvecklat ett nära samarbete mellan hemtjänstutförarna och myndighetssidan. Det innebar bland annat att en koordinator för hemtjänsten arbetade tätt tillsammans med en handläggare inför helgbemanningen, vilket sades medföra att hemgång från sjukhuset kunde ske snabbt och smidigt. I samma kommun

hade MAS:en (medicinskt ansvarig sjuksköterska) organiserat öppna digitala videomöten för personal ute i kommunens verksamheter. Enligt uppgift fungerade dessa väl för att svara på frågor och lindra oro, men de fungerade också som ett forum för kunskapsspridning inom viktiga områden kopplade till pandemin.

Primärvårdsrehab från en kommun berättade om hur de själva tog kontakt med sina patienter, som till stor del uteblev från besök på mottagningen under våren. De hörde sig för om patienterna var friska och ville ta emot besök i hemmet från rehabpersonalen.

Mycket information att hantera och sprida i verksamheterna

Enkäten indikerade att information från ledningen om nya direktiv, rutiner och riktlinjer kring utskrivningsprocessen nådde ut ganska bra i verksamheterna (se tabell 7). Denna bild kan kompletteras och nyanseras med information från fritextsvaren och mötesplatsmaterialet, där det framgick att det stora informationsflödet under pandemin var en utmaning för många. I detta kvalitativa material gavs även en bredare bild av informationsflödet som handlade om betydligt mer än bara utskrivningsprocessen.

Fritextsvar vittnade om svårigheterna med de återkommande förändringarna av riktlinjerna kring skyddsutrustning, hygienrutiner, smittspårning, provtagningar med mera. En vårdcentral beskrev den viktiga roll som klustren haft för just detta ändamål genom att sammankalla till regelbundna klustermöten, ibland dagligen. I dessa möten bedömdes exempelvis aktuell vårdtyngd vid de olika mottagningarna och status på skyddsutrustning inom det geografiska närområdet. Klustermötena syftade också till att sprida övergripande information från regionen som var och en därefter fick ta hem och sprida vidare inom sina respektive organisationer.

I fritextsvaren fanns vissa indikationer på att vårdgivare inom SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde) hade fått mer information från regionen än vad de privata vårdgivarna fått, vilket kunde medföra skillnader i insatser och tillgänglighet mellan olika vårdenheter inom en och samma kommun. Fritextsvar från äldreomsorgen visade också på ett visst missnöje med informationen från regionen, exempelvis gällande inriktningsbeslut om smittspårning och provtagningar. Detta kunde göra det svårt att bedöma i vilken utsträckning kommunen behövde ta fram egen lokal information eller vänta in ytterligare information från regionens håll.

Även i mötesplatsmaterialet beskrevs ett omfattande och komplicerat informationsflöde. I en kommun skickade förvaltningschefen daglig e-post till alla chefer med aktuell information. Deltagare i de fyra Mötesplatserna vittnade också om den generella utmaningen med den stora mängden information, riktlinjer och instruktioner som skickades ut från regionalt håll i snabb takt. Det fanns ofta behov av att på hemmaplan sortera och gallra bland informationen innan den skulle nå ut till alla enheter och personal. I flera kommuner fick MAS:en en central roll med särskilt ansvar att hålla sig uppdaterad för kommunens räkning, och exempelvis säkra att hemtjänstutförarna fick nödvändig information. En representant från äldreomsorgen berättade hur svårt det hade varit att veta hur man skulle agera i olika situationer: "Man kan göra fel och fel igen, och hur ska man välja vad man ska göra?"

Mötesplatsmaterialet visade även att kommunerna inte bara förde information från regionen vidare ut i sina verksamheter. De samlade även in information för att kunna hantera pandemin på ett mer effektivt sätt. I en kommun hade ledningen under sex veckors tid varje dag skickat ut frågor till alla verksamheter inom äldreomsorgen för att få in rapportering om personalläget, orosläget,

antal konstaterade smittade, läget med skyddsutrustning och så vidare. På några håll stöttade vårdcentralerna hemtjänsten med viss information, men ett problem kunde då vara att olika vårdcentraler gav olika besked. En vårdcentralschef sade exempelvis följande i en av Mötesplatserna:

> Hemsjukvården på vårdcentralen har stöttat hemtjänsten [i deras] oro kring skyddsutrustning. Det har funnits oro för att alla inte säger och gör likadant. (Vårdcentralschef)

Och en äldreomsorgschef beskrev det så här:

> Det fanns mer oro bland hemtjänst än säbo. Det hemtjänsten tyckte var jobbigt var att olika vårdcentraler hade olika tyckanden kring hur man skulle förhålla sig till saker och ting. Till exempel säger kommunen att alla ska ha visir, men en del vårdcentraler säger att man ska ha munskydd istället. (Äldreomsorgschef)

Även vårdcentralerna hade svårigheter med att hantera informationen från ledningen. I vissa fall fick de inte all den information de behövde. I mötesplatsmaterialet beskrev en enhetschef för en vårdcentral läget så här:

> Det har kommit information från alla håll, det har varit svårt att veta vilken boll man ska springa på. Det har varit en krock mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö. (Enhetschef, vårdcentral)

Delaktigheten för de äldre minskade inom flera områden

Det kvantitativa enkätresultatet indikerade att patienter och brukare ansågs ha en medelhög grad av delaktighet i planeringen av vården och omsorgen vid utskrivning från sjukhus. Men resultatet för delaktigheten var lite sämre än för flera andra områden, som exempelvis graden av behovsanpassning, trygghet och säkerhet (se tabell 12–14). Enkäten visade dock också att en fjärdedel av respondenterna svarade att det inte gjordes några planeringsmöten om fortsatta vård- och omsorgsinsatser efter utskrivning tillsammans med den enskilde och eventuella anhöriga. Och enkäten visade att de planeringsmöten som genomfördes huvudsakligen gjordes över telefon. I det kvalitativa materialet fanns uppgifter som kan utveckla denna bild av de äldres delaktighet.

I fritextsvaren framkom exempelvis att respondenter från äldreomsorgen ibland såg att telefonmöten begränsade delaktigheten för en relativt stor grupp äldre. Och den ökade användningen av telefon försvårade ett aktivt deltagande i planeringen av fortsatta insatser.

När det gällde digitala möten gav mötesplatsmaterialet en varierad bild. Vissa deltagare var mycket positiva och berättade att även aktörer som primärvårdsrehab och psykologer kunde genomföra en del av sina patientmöten med gott utfall via nätet. Samtidigt påtalades att flera äldre inte var förberedda för digitala möten och av olika skäl inte kände sig bekväma med det. Svårigheter som nämndes var exempelvis hörsel- och synnedsättning eller minnesproblematik. Andra svårigheter gällde tekniska aspekter som att alla äldre inte hade tillgång till bank-ID, vilket krävs för att logga in till mötet. Dessutom berättade flera deltagare att det är lätt att missa detaljer i personens uttryck och kroppsspråk när man inte träffas fysiskt. Det blir också svårare att få en helhetsuppfattning av personens sociala situation, hemsituation och möjliga svårigheter i vardagen.

Det fanns alltså flera faktorer som ansågs försvårande med digitala möten. Men i mötesplatsmaterialet fanns också en diskussion där flera deltagare reflekterade kring om svårigheterna överdrevs. Eventuellt kunde problembeskrivningarna i vissa fall spegla personalens attityder och fördomar om hur äldre personer tar till sig ny teknik snarare än de äldres faktiska åsikter i frågan.

En annan bidragande orsak till bristande delaktighet som framkom i fritextsvaren gällde bristfällig information till de äldre och anhöriga i samband med utskrivningen. I en kommentar från äldreomsorgen beskrevs exempelvis att de äldre ibland saknade information om när och i vilket syfte en biståndshandläggare skulle höra av sig. Det blev då upp till handläggaren att i situationen förklara hela utskrivningsprocessen och sin egen roll i denna. Detta ansågs försvåra delaktigheten och samordningen mellan de berörda aktörerna. Det ansågs också bidra till oro och otrygghet hos de äldre. Det kunde handla om att de äldre inte haft tid att förbereda sig inför mötet. Det kunde också handla om oro för vad som skulle hända när man skrevs ut från sjukhuset, vilken hjälp man kunde få och vem som skulle bli kontaktperson. Dessutom beskrevs att de äldre kunde ha svårt att lita på att samordningen skulle fungera mellan de olika aktörerna när informationen om vem som skulle göra vad inte kom i rätt tid eller presenterades av rätt aktör.

Diskussion

Den här rapporten har handlat om samverkan mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg i samband med utskrivning från sjukhus under coronapandemins första våg. Inför studien mötte vi återkommande vittnesmål om att samverkansarbetet fungerade bättre under pandemin än innan. Vi mötte denna bild i möten med chefer och personal från vården och omsorgen, men också i det offentliga samtalet i exempelvis nyhetsartiklar, debattinlägg, nyhetsbrev och sociala medier. I den här studien har vi försökt förstå denna upplevelse av samverkansarbetet och utforska den mer ingående.

En förklaring till att samverkan beskrevs som så pass välfungerande under pandemin kan sökas i den tillspetsade och unika situationen. Enligt tidigare forskning är ett tydligt och gemensamt mål en viktig förutsättning för en fungerande samverkan. Det skapar incitament för alla parter att delta och engagera sig i det gemensamma arbetet (Karam et al., 2018; Seaton et al., 2018). Coronapandemin var en gemensam fiende som skapade ett tydligt mål som alla kunde sluta upp bakom. I synnerhet under pandemins första våg skapade pandemin en närmast total uppslutning på alla nivåer. Våren 2020 kännetecknades av en känsla av allvar och de flesta var mycket lösningsfokuserade och inställda på att gemensamt möta detta yttre hot (Eriksson et al., 2021). Det skapade goda förutsättningar för samverkan. Men givetvis fanns även brister i samverkansarbetet. I detta avslutande diskussionskapitel lyfter vi både framgångsfaktorer, hinder och utmaningar och relaterar dem till tidigare forskning och teorier om samverkan.

Kapitlet är huvudsakligen uppbyggt kring rapportens övergripande frågeställningar och är uppdelat i sex avsnitt. (1) I det första avsnittet sammanfattar vi hur samverkansarbetet i utskrivningsprocessen ansågs fungera under pandemin. I avsnittet tar vi också upp vikten av att alla berörda aktörer involveras i arbetet, vilket föranleder en diskussion om primärvårdsrehabs roll i utskrivningen. (2) Det andra avsnittet handlar om hur pandemin påverkade samverkansarbetet och diskuterar skillnader i vård- och omsorgsaktörernas syn på hur samverkan fungerade. (3) Det tredje avsnittet tar upp LUS-processen och vårdcentralernas centrala roll i denna. (4) I det fjärde avsnittet diskuterar vi sedan delaktighet, behovsanpassning och trygghet för patienter och brukare. (5) Därefter följer ett femte avsnitt om de samverkansforum som var etablerade innan pandemin. Vi använder tidigare samverkansforskning för att diskutera hur betydelsen av dessa forum kan förstås. (6) Det avslutande sjätte avsnittet tar istället avstamp i de nyetablerade klustren och diskuterar betydelsen av formaliserad samverkan i relation till mer informellt samarbete.

Alla aktörer behövs i utskrivningsprocessen

Den första frågeställningen var brett formulerad och handlade om hur samverkan i utskrivningsprocessen fungerade mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg under pandemin.

Studien visar att det inte finns ett enkelt eller entydigt svar på frågan om hur samverkan inom vården och omsorgen fungerat under pandemin eller om samverkan fungerat bättre eller sämre än tidigare. Samverkan är både ett brett och mångfasetterat fenomen. Det förekommer mellan många olika aktörer, på flera organisatoriska nivåer, på olika områden och kring olika frågor. Våra resultat indikerar att samverkan stärktes och utvecklades i vissa avseenden, men avstannade eller försvårades i andra.

Ett övergripande resultat är att samverkan i utskrivningsprocessen bedömdes fungera relativt väl på ett generellt plan, men att de konkreta aktiviteterna i LUS-processen, och då i synnerhet SIP, fungerade betydligt sämre. Det fanns dock en variation mellan vård- och omsorgsaktörerna i hur de skattade samverkansarbetet. Genomgående gav slutenvården en mer positiv bild av samverkan än övriga aktörer. Framförallt gällde det vid jämförelser med äldreomsorgen och primärvårdsrehab.

En fungerande samverkan är inte bara beroende av att de aktörer som involveras kan arbeta på ett bra sätt tillsammans. Det beror också på vilka dessa aktörer är och att ingen viktig part står utanför samverkansarbetet. Tidigare forskning visar att ett vanligt hinder för en effektiv samverkan är att viktiga aktörer saknas (Auschra, 2018; Danermark, 2015). Det kan allvarligt hota samverkansarbetets kvalitet. I vår studie var det framförallt primärvårdsrehab som hamnade vid sidan av samverkansarbetet i utskrivningsprocessen, vilket bekräftar bilden från tidigare granskningar (IVO, 2018; Stadsrevisionen, 2021) och erfarenheter från Nestor FoU-centers Mötesplatser, som under flera år arbetat med att utveckla utskrivningsprocessen. Respondenter från primärvårdsrehab svarade att de deltog i planeringsprocessen i mycket liten utsträckning i samband med utskrivningen. Och trots att den enskilde bedömdes ha ett rehabiliteringsbehov involverades de långt ifrån alltid vid utskrivningen. Om de involverades skedde det ofta sent i processen.

Frågan är vad detta betyder för utskrivningsprocessens kvalitet. Vi kan inte dra några tvärsäkra slutsatser om detta, men vi kan konstatera att primärvårdsrehab är en potentiellt viktig aktör i utskrivningsprocessen, då många äldre personer har behov av rehabilitering och hjälpmedel efter sjukhusvistelse. Primärvårdsrehab har den kompetens som krävs på detta område. Inspektionen för vård och omsorg identifierar dessutom tillgång på hjälpmedel som ett riskområde vid vårdövergångar och utskrivning. De menar att bristande samverkan kan leda till att patienten inte får sina hjälpmedel i tid vilket kan göra att rehabilitering försvåras och att personen skadas (IVO, 2018). Brister i samverkan kan även leda till att rehabpersonal inte får möjlighet att ge den äldre instruktioner, exempelvis kring träningsprogram eller hur hjälpmedlen ska användas på rätt sätt (Lindqvist et al., 2019).

Primärvårdsrehabs bristande involvering kan delvis förklaras av att de inte är anslutna till IT-stödet Webcare, där den gemensamma kommunikationen kring utskrivningsprocessen förs. Om de ska kallas till SIP eller ta emot och ge adekvat information om patienter krävs därför att kommunikationen sker på andra sätt. Olika rutiner för olika aktörer innebär merarbete och ökad komplexitet, vilket ökar risken att det glöms bort eller nedprioriteras. Detta är ett strukturellt hinder för samverkan, som en enskild vård- och omsorgsaktör inte har mandat eller möjlighet att hantera. Tidigare forskning visar att det ofta är denna typ av strukturella faktorer som försvårar och hindrar samverkan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Auschra, 2018). Om dessa hinder ska nedmonteras krävs formella beslut på rätt organisatorisk nivå.

Därför är det ett steg i rätt riktning att Region Stockholm har beslutat om att införa ett nytt IT-stöd under 2021 (Life Care SP) som kommer att ersätta Webcare. I och med det ansluts flera aktörer som därmed blir mer inkluderade i utskrivningsprocessen. Primärvårdsrehab kommer att anslutas till systemet, likaså ASIH, särskilt boende och psykiatrin (Vårdgivarguiden, 2021).

Förstärkt och försvårad samverkan för olika aktörer

En följdfråga i den första frågeställningen handlade om hur samverkansarbetet förändrades under pandemin jämfört med innan. Resultatet visar att ungefär hälften av respondenterna bedömde att

samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus förstärktes under pandemin. Ungefär lika många svarade dock att samverkansarbetet försvårades.

Detta resultat indikerar alltså att pandemin försvårade och förstärkte samverkansarbetet i ungefär samma utsträckning. Det kan tyckas motsägelsefullt, men principiellt är det fullt möjligt att samverkansförmågan stärks samtidigt som samverkan blir mer utmanande. En möjlig tolkning är att de omständigheter som försvårade samverkan kunde tvinga fram eller främja nya lösningar och idéer som stärkte förmågan att samverka. Denna tolkning går i linje med forskning som visar att störningar och kriser kan fungera som en motor för förändring och utvecklingsinriktat lärande (Ellström, 2009; Svensson & Brulin, 2013).

Digitala möten mellan vård- och omsorgsaktörer

Ökningen av digitala mötesformer var det tydligaste exemplet på hur pandemin stärkte förutsättningarna för samverkan. I det kvalitativa materialet beskrevs hur digitala möten innebar ökad tillgänglighet, sparade tid och bidrog till snabbare svar från olika aktörer, vilket underlättade utskrivningsprocessen. Det blev exempelvis lättare att delta även i snabba avstämningar med kort varsel. Flera respondenter menade att de digitala mötesformerna var här för att stanna även efter pandemin.

Det var främst från ett organisatoriskt vård- och omsorgsperspektiv som digitala möten beskrevs som positivt för samverkan, medan det från ett patient- och brukarperspektiv inte lika tydligt framstod som någon fördel framför fysiska möten. Fördelen med digitala möten handlade om logistik, att det blev lättare att delta för att behovet av tidskrävande resor eliminerades. Det handlade inte om att den mellanmänskliga kommunikationen förbättrades när man väl deltog i mötet. För yrkesverksamma i vården och omsorgen vägde ofta de logistiska fördelarna tyngre än eventuella nackdelar. Att delta digitalt var bättre än att inte delta alls, vilket ofta var alternativet. Från de äldres perspektiv blir dock logistiken mindre intressant. Så länge den enskilde själv inte behöver resa för att delta i ett möte så har denne inget omedelbart intresse av att mötet sker digitalt. Då väger istället samtalets kvalitet tyngre. Och när det gäller kvaliteten på den rent mellanmänskliga kommunikationen kan digitala möten (för de allra flesta) inte mäta sig med fysiska möten.

En annan fråga i sammanhanget är vad de personalgrupper som arbetar närmast patienter och brukare anser om digitala samverkansmöten. I vår studie var det främst chefer, samordnare och centralt placerade personer som medverkade, men andra studier som gjorts under pandemin indikerar att chefer och tjänstemän varit mer positivt inställda till digitala mötesformer än personalgrupper ute i verksamheterna (Eriksson et al., 2020). Betydelsen av en fortsatt utveckling mot fler digitala möten behöver utvärderas och studeras vidare. Vilken typ av möten är lämpliga att genomföra digitalt och vilka är mer ändamålsenliga i fysisk form? Och hur ska tekniken tillgängliggöras för alla berörda grupper och individer? Även juridiska frågor kopplade till säkerhet och integritet behöver tydliggöras framöver.

Slutenvårdens positiva syn på samverkan

Ovanstående tolkning att de utmaningar som följde i pandemins spår bidrog till framväxten av nya lösningar och idéer kan nyanseras och kompletteras med andra perspektiv. Enkätresultatet visade att det till stor del var olika respondenter som bedömde att samverkan försvårades och förstärktes av pandemin. Det betyder att pandemins effekter uppfattades på olika sätt av olika personer. Den

kan därmed ha främjat samverkan på vissa områden för vissa aktörer, men försvårat samverkan på andra områden för andra aktörer.

Slutenvården förmedlade genomgående en mer positiv bild av hur samverkan fungerade än övriga aktörer. Det gällde även hur pandemin påverkade samverkansarbetet. Slutenvården gav den mest positiva bilden av pandemins förstärkande effekt på samverkan och den minst negativa bilden av dess försvårande effekt. Äldreomsorgen gav tvärtom den minst positiva bilden av pandemins förstärkande effekt på samverkan och den mest negativa bilden av dess försvårande effekt.

En möjlig förklaring till detta är att slutenvården främst möter patienterna på sjukhuset i början av processen och att de därför har en begränsad inblick i vad som händer när patienten kommer hem. Eventuella brister tidigt i utskrivningsprocessen kan få konsekvenser senare, varför det är tänkbart att äldreomsorgen och andra aktörer som möter patienter och brukare i hemmet i högre grad ser effekterna av en bristande samverkan.

Slutenvården har kontroll över vårdinsatserna på sjukhuset och kan även mer eller mindre självständigt sköta sin del av utskrivningsplaneringen. Under pandemin var det viktigt för slutenvården med en snabb och smidig planering så att patienterna kunde skrivas ut så fort som möjligt när de var medicinskt färdigbehandlade och därmed lämna plats till nya patienter. Övriga aktörer utanför slutenvården var mer beroende av alla andra aktörers planering och en god informationsdelning och tydlig kommunikation i Webcare för att planeringen skulle fungera effektivt. Avsaknad av information eller felaktig information kunde leda till att primärvården och äldreomsorgen fick mycket att ta hand om och reda ut, med ökad risk för att inte kunna erbjuda en trygg och säker hemgång för den äldre. En risk var exempelvis att deras vård- och omsorgsinsatser inte kunde komma igång i tid eller inte kunde ges med tillräckligt god kvalitet. Det kan förklara varför aktörerna utanför slutenvården generellt var mindre nöjda med hur samverkan fungerade.

Ytterligare en förklaring kan vara att kommunerna inledningsvis tenderade att hamna vid sidan av i den nationella och regionala coronastrategin. Slutenvården och primärvården var tydligare integrerade i strategin. Ett tecken på det var exempelvis att representanter från slutenvården upplevde att de i hög grad nåddes av information om nya direktiv, riktlinjer och rutiner. I det sammanhanget kan dock noteras att både vårdcentraler och primärvårdsrehab upplevde brist på information trots att också de tillhör regionens vårdgivare. Sannolikt låg fokus på viktig information för slutenvården i detta inledande skede av pandemin. Vidare, när det gällde förväntningar på kommunernas representation i de nybildade klustren var de vagt beskrivna och kunde skilja sig mellan olika kommuner. Detta kan också ha påverkat att äldreomsorgen gav uttryck för en mer negativ syn på hur samverkan fungerade under pandemin.

LUS-processen under pandemin

Den andra frågeställningen handlade om hur momenten i LUS-processen fungerade under pandemin och hur de förändrades jämfört med innan pandemin.

Den övergripande bild av LUS-processen som framträdde i resultatet var att SIP fungerade dåligt och att de övriga momenten bara delvis fungerade tillfredsställande. Detta kan inte enbart förklaras (eller bortförklaras) av pandemin, då resultatet visar att de flesta aktiviteter fungerade på ungefär samma sätt även innan pandemin. Undantaget var SIP där resultatet visar en klar försämring under pandemin. Tidigare utvärderingar visar dock att SIP fungerade dåligt även tidigare så försämringen började från en redan låg nivå (Jobe, 2020; Larsson, 2019; Socialutskottet, 2017). En slutsats av detta är att det finns ett behov av fortsatt utvecklingsarbete kring hela LUS-processen i

allmänhet och SIP i synnerhet. Det bekräftas i en ny rapport från Stadsrevisionen (2021) som också lyfter fram brister med SIP. I revisionen framgår att lagens intentioner med SIP inte har uppfyllts och att individperspektivet därmed inte kommer fram i tillräcklig utsträckning. Revisionen visar också att verksamheterna upplever att SIP medför ett administrativt merarbete samt att det verkar råda ett stort tolkningsutrymme kring kriterier för när och hur SIP ska genomföras. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm rekommenderas att gemensamt utvärdera de olika momenten i SIP i syfte att förenkla processen i vissa delar.

Resultatet i vår studie visade samtidigt att det fanns skillnader mellan hur de olika aktörerna bedömde att aktiviteterna i LUS-processen fungerade. Generellt var det den aktör som ansvarade för aktiviteten som gav den mest positiva bilden av hur denna aktivitet fungerade (se bilaga 2, tabell A–O). Ett sätt att förstå detta är att det kan vara svårare att se kritiskt på sitt eget arbete än på andras. Det är lätt att bli "hemmablind". Det implicerar att det är viktigt att få återkoppling från utomstående som kan synliggöra brister i den egna verksamheten. Denna typ av återkoppling och lärande mellan verksamheter lyfts ofta fram som en central aspekt av samverkan, men det förutsätter att det finns en grundläggande tillit och respekt som gör att man kan ta till sig kritiska synpunkter utifrån (Lasker et al., 2001).

Ett annat fynd kring LUS-processen var att de undersökta aktiviteterna fungerade olika bra beroende på vilken vård- och omsorgsaktör som ansvarade för aktiviteten i fråga. Respondenterna bedömde att äldreomsorgen klarade av sina aktiviteter relativt väl, medan slutenvårdens och framförallt vårdcentralernas aktiviteter inte fungerade lika bra (se tabell 5). Detta mönster påvisas även i den regionala enkäten, där skillnaden mellan de tre aktörernas aktiviteter till och med är än mer uttalad (i manuskript).

Enligt samverkanslagen har vårdcentralerna en central roll i utskrivningsprocessen, då lagen ger den öppna vården ett utökat ansvar för både samordning och genomförande. Patienten ska dessutom erbjudas en fast vårdkontakt i öppenvården, exempelvis på sin vårdcentral, och den fasta vårdkontakten ansvarar för att kalla till SIP. Mot denna bakgrund är det angeläget att vårdcentralerna får stöd att fullfölja sina åtaganden på ett mer ändamålsenligt sätt. Stadsrevisionen (2021) pekar på att det behövs ett förtydligande kring innehåll och omfattning i uppdraget som fast vårdkontakt och vad det samordnande helhetsansvaret innebär, inklusive när och hur kallelsen till SIP ska göras. Det finns även behov av tydligare rutiner, vägledningar och metodstöd till vårdcentralerna för att underlätta uppdraget som fast vårdkontakt i praktiken.

Frågan om stöd till vårdcentralerna har inte stått i fokus för den här rapporten, men det har diskuterats flitigt i Mötesplatserna under de senaste åren. Vårdcentralerna har fått en ny roll genom att bli den aktör som ska hålla i taktpinnen och samordna planeringsprocessen efter utskrivningen från sjukhus, inklusive att ansvara för att SIP genomförs. Enligt diskussionerna i Mötesplatserna har inte alla förstått vårdcentralernas nya roll eller tagit till sig vad den innebär i praktiken. Det ser ut att behövas mer resurser, tid och kunskap för att kunna axla den nya rollen. Exempel på konkret stöd som framkommit i Mötesplatserna är forum för erfarenhetsutbyte och diskussioner mellan vårdcentraler om hur arbetet kan organiseras på enheterna. Därtill finns behov av ökad kunskap om slutenvårdens, kommunens och primärvårdsrehabs verksamheter och uppdrag, för att tydligare förstå sitt eget uppdrag och den egna verksamhetens plats i vård- och omsorgskedjan. Andra faktorer som diskuterats är att slutenvården kan behöva förbättra sin förmåga att släppa kontrollen och visa större tillit till att primärvården och den kommunala omsorgen kan axla ett större ansvar

i utskrivningsprocessen. Även kommunen behöver visa större förståelse för komplexiteten i vårdcentralernas uppdrag.

Slutligen kan dock påminnas om att implementeringen av samverkanslagen och den regionala överenskommelsen påbörjades 2018 i Stockholm, vilket betyder att den inte pågått särskilt länge. Omställningen, inte bara för vårdcentralerna utan för samtliga involverade aktörer, kommer att ta tid.

Delaktighet, behovsanpassning och trygghet för äldre

Den tredje frågeställningen handlade om hur verksamheterna uppfattade att de genom samverkan i utskrivningsprocessen lyckades möta patienternas och brukarnas behov, göra dem delaktiga och skapa trygghet. Detta är en viktig frågeställning då det handlar om kvalitet för målgruppen. Det finns ingen anledning att samverka för samverkans skull. Det måste på något sätt bidra till en effektivare eller bättre vård och omsorg för patienter och brukare. I denna studie har vi dock inte undersökt delaktighet, behovsanpassning och trygghet utifrån de äldres perspektiv, utan bara efterfrågat chefernas och personalens syn på detta. Det är givetvis en svaghet som måste beaktas i tolkningen av resultatet. I studien finns dock flera olika resultat som tillsammans kan kasta ljus på denna frågeställning.

För det första ställdes direkta frågor om hur de berörda samverkansaktörerna ansåg att de lyckades möta patienternas och brukarnas behov och problem, göra dem delaktiga i planeringen av vård- och omsorgsinsatser och skapa en trygg och säker hemgång. Svaren på dessa frågor indikerade att respondenterna bedömde att det fungerade "ganska bra". Svaren kan dock nyanseras något då resultatet också visade att de olika vård- och omsorgsaktörerna gjorde olika bedömningar av dessa frågor. Slutenvården förmedlade den mest positiva bilden medan framförallt äldreomsorgen och primärvårdsrehab gav en mer negativ bild.

Att just äldreomsorgen och primärvårdsrehab gav en mer negativ bild av delaktighet, behovsanpassning och trygghet är värt att notera. Som vi varit inne på tidigare är det dessa aktörer som möter patienterna och brukarna i hemmet och därmed har goda möjligheter att se de faktiska konsekvenserna av utskrivningsprocessens eventuella brister och hur dessa yttrar sig för den enskilde i dennes vardag.

För det andra ställdes frågor om hur patienter och brukare involverades i planeringen av sina vård- och omsorgsinsatser, exempelvis genom en SIP. SIP lyfts fram som det verktyg som framförallt ska möjliggöra för den enskilde att vara delaktig i planeringsarbetet, värna sina intressen och aktivt påverka sin egen vård och omsorg (SKR, 2020). Studien visar dock påtagliga brister i arbetet med SIP, både när det gäller att överhuvudtaget genomföra SIP och följsamheten till upprättade riktlinjer och rutiner kring SIP-mötet och den dokumentation som hör till. En fjärdedel av respondenterna uppgav att det inte genomfördes några SIP:ar eller andra planeringsmöten tillsammans med patienter och brukare under pandemin. Och det framkom med tydlighet att SIP var det moment i utskrivningsprocessen som fungerade sämst.

Från bland annat Mötesplatserna vet vi att SIP omgärdades av stora utmaningar redan innan pandemin, men studien visar dessutom att arbetet med SIP försämrades ytterligare under pandemin. Det saknas fortfarande kunskap som tydligt visar om SIP är ett effektivt verktyg för att skapa en trygg och säker vård och omsorg i hemmet utifrån den äldres behov och önskemål. Men eftersom SIP har en så central plats i samverkanslagen och den regionala överenskommelsen så blir

brister i arbetet med SIP likväl betydelsefullt för verksamheternas förmåga att möta patienternas och brukarnas behov, göra dem delaktiga och skapa en trygg och säker hemgång.

För det tredje framkom röster i det kvalitativa materialet som vittnade om brister i delaktighet och inflytande för de äldre i samband med utskrivningsplaneringen. Exempelvis framkom att övergången från fysiska möten till telefonmöten, och i viss mån digitala videomöten, försvårade kommunikationen med många äldre personer. Telefon och videomöten fungerande bra för en del, men för en relativt stor grupp äldre ansågs det försvåra möjligheten att delta aktivt i planeringen av den egna vården och omsorgen. Ett fysiskt möte kunde ibland vara nödvändigt, inte bara på grund av tekniska hinder, utan också för att det möjliggör en mer naturlig interaktion och gör det lättare att fånga kroppsspråk och andra icke-verbala uttryck som kan vara relevanta för helhetsförståelsen och för att undvika missförstånd.

I den fortsatta utvecklingen efter pandemin är det viktigt att diskutera och tänka igenom hur de digitala mötesformernas effektivitet ska kunna kombineras med de fysiska mötenas mänskliga fördelar och de äldres förmågor, önskemål och delaktighet. Ett perspektiv på delaktighet i detta sammanhang är att delaktighet inte bara handlar om att utöva ett reellt inflytande inom ramen för en viss mötesform, utan också om att ha inflytande över och möjlighet att påverka mötesformen i sig. Om flera olika, och ibland motstridiga, intressen och behov ska kunna värnas och tillgodoses kommer det att behövas flexibla lösningar som kan anpassas till olika individer och situationer. När det exempelvis gäller SIP kan några behöva träffas fysiskt på plats ihop med den äldre, medan andra kan ansluta digitalt och ändå delta aktivt i mötet (Vård- och omsorgsanalys, 2021).

Etablerade samverkansstrukturer

Den fjärde och sista frågeställningen handlade om i vilken grad tidigare etablerade samverkansforum samt nyetablerade kluster användes under pandemin, och huruvida det fanns något samband mellan deltagande i dessa forum och verksamheternas förmåga att samverka under krisen. I detta avsnitt diskuterar vi de tidigare etablerade forumen med utgångspunkt i faktorer som lyfts i samverkansforskningen. I nästa avsnitt tar vi upp de nyinrättade klustren och kopplar dessa till distinktionen mellan samverkan, samordning och samarbete enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2006).

Inledningsvis kan vi konstatera att resultatet visar att det totalt sett var färre respondenter som deltog i ett samverkansforum mellan region och kommun under pandemins första våg jämfört med innan pandemin. Delaktigheten i tidigare etablerade forum minskade ungefär med hälften. Samtidigt bildades de nya klustren, men dessa kompenserade inte fullt ut för nedgången av redan etablerade forum. Innan pandemin deltog drygt nio av tio respondenter i ett etablerat samverkansforum, vilket kan jämföras med att två tredjedelar deltog i antingen ett etablerat forum eller ett nyinrättat kluster under den studerade perioden.

Pandemin skapade en akut situation som krävde tuffa prioriteringar och många prioriterade då ner sitt deltagande i etablerade samverkansforum. Dessa forum var av naturliga skäl inte utvecklade för att hantera en pandemi. De hade andra syften och annat fokus, exempelvis att driva utvecklingsarbete kring en sammanhållen vård och omsorg, utskrivning från sjukhus eller gemensam kommunikation. Emellertid, ett intressant fynd var att samverkansarbetet tycktes fungera bättre om de etablerade forumen nyttjades även under pandemin. I det kvalitativa materialet berättade flera deltagare att etablerade forum underlättade samverkansarbetet, då det inom och runt dessa forum fanns uppbyggda kontaktvägar och personliga relationer som kunde nyttjas under pande-

min. Det kvantitativa materialet visade också att de som deltog i dessa forum bedömde att pandemin i lägre grad försvårade samverkansarbetet jämfört med dem som inte deltog. De bedömde också att de nåddes bättre av information uppifrån och att samverkan vid utskrivningen fungerade bättre jämfört med dem som inte deltog (se bilaga 1, tabell B). Motsvarande samband påvisas även i den regionala enkäten som inkluderar hela Stockholms län (i manuskript). Frågan är hur dessa samband kan tolkas och förstås.

Mötesplatser för lokal samverkan

För att kunna resonera kring detta behöver vi först klargöra vad det var för samverkansforum det rörde sig om. De etablerade forum som nämndes i enkätstudien var främst Nestor FoU-centers Mötesplatser för lokal samverkan, då enkäten distribuerades via deltagarlistor i dessa forum samt till olika arbetsgrupper med koppling till dessa. Följdfrågan blir då vad som kännetecknar dessa mötesplatser? Vi fokuserar här på främst två aspekter som i tidigare utvärderingar och studier visats vara betydelsefulla i Mötesplatserna, dels betydelsen av en fungerande organisation och administration runt samverkansarbetet, dels vikten av ömsesidig tillit och förståelse för varandra och varandras verksamheter (Åhlfeldt, 2018; Björkman, under tryckning; Hallberg et al., i manuskript).

I en tidigare utvärdering av Mötesplatserna visas hur mötesplatsledarna lade betydande kraft och resurser på att organisera och administrera dessa forum, sköta det praktiska kringarbetet och driva arbetet framåt (Åhlfeldt, 2018). Utvärderingen visar också att det genom Mötesplatserna etablerades en infrastruktur av kontaktvägar mellan slutenvården, primärvården och äldreomsorgen. I en kommande forskningsstudie som undersökt Mötesplatserna visas även att både mötesplatsledarna och deltagarna ägnade stort fokus åt att bygga relationer, skapa en känsla av delaktighet, integrera skilda perspektiv och därmed främja en ömsesidig tillit mellan deltagarna (Hallberg et al., i manuskript).

I tolkningen av enkätsvaren är det svårt att definitivt avgöra hur olika respondenter avgränsade och förstod ett samverkansforum. Vissa respondenter kan ha tolkat Mötesplatserna snävt, som enbart bestående av de specifika mötesplatsträffarna som genomfördes digitalt. Andra kan ha tolkat dem vidare och även inkluderat de nätverk, lokala grupper, relationer och kontaktvägar som byggts upp inom ramen för dessa forum. En möjlig tolkning är att respondenter som byggt upp ett starkt nätverk inom ramen för Mötesplatserna tenderade att se dem som aktiva och levande även om de inte deltog i något planerat möte under pandemins första våg. Respondenter med svagare förankring i Mötesplatserna kan i motsvarande situation ha uppfattat att de inte var aktiva i forumet under pandemin om de inte själva deltog i vårens möten.

Att bygga upp samverkansförmåga

I samverkansforskningen är det tydligt att ömsesidig tillit, respekt och förståelse är viktiga förutsättningar för en fungerande samverkan (Knoben & Oerlemans, 2006; Stolp et al., 2017; Karam et al., 2018). Interorganisatorisk samverkan främjas dessutom av en relativt hög grad av formalisering, där roller och ansvar är tydligt definierade och där det finns fastlagda processer för beslutsfattande, kommunikation och informationsdelning (Karam et al., 2018). Viss forskning visar också att administrationen runt samverkan är viktig, exempelvis ledarskapets förmåga att organisera effektiva möten (Seaton et al., 2018), men också att formalia som dagordningar och minnesanteckningar fungerar smidigt (Berlin, 2016).

Emellertid, att skapa tillitsfulla relationer och bygga upp en effektiv organisation och administration kring ett samverkansforum tar tid och kräver både resurser och engagemang (Eriksson et al., 2020). Detta kan vara en förklaring till att de respondenter som deltog i tidigare etablerade samverkansforum upplevde att samverkan fungerade bättre under pandemin än de som inte deltog i sådana forum. I dessa etablerade forum hade man med större sannolikhet hunnit bygga upp en fungerande organisation och skapa personliga relationer, lärt känna varandra och varandras verksamheter och därmed också grundlagt en större tillit till varandra.

Detta resonemang kan kopplas till begreppet "capacity building", som bland annat används inom projektforskning och hållbarhetsforskning för att diskutera den långsiktiga uppbyggnaden av en organisations förmåga inom ett visst område (Johnson et al., 2004; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Capacity building kan definieras som de processer genom vilka en organisation utvecklar de kunskaper, strukturer, verktyg, metoder och övriga resurser som behövs för att utföra en uppgift på ett effektivt sätt (Goldberg & Bryant, 2012). Capacity building kan exempelvis handla om att bygga upp de involverade vård- och omsorgsaktörernas förmåga att samverka.

Den organisatoriska samverkansförmågan kan handla om organisatoriska strukturer och processer som stödjer samverkan, exempelvis riktlinjer, rutiner, tydliga roller och mandat, kommunikationsvägar och uppdaterade kontaktlistor (Seaton et al., 2018; Berlin et al., 2016). Det kan handla om de kunskaper, färdigheter och erfarenheter som chefer och personal behöver för en effektiv samverkan (Danermark, 2015). Det kan också handla om att skapa en samverkanskultur där normer och värderingar uppmuntrar utbyte med andra verksamheter och att man bygger sociala relationer, tillit och förtroende över organisationsgränser (Eriksson et al., 2020).

Med detta perspektiv synliggörs att det finns potential för samverkansforum, som exempelvis Mötesplatserna, att på sikt stärka de involverade verksamheternas samverkansförmåga. Även om de digitala mötesplatsträffarna som genomfördes under våren beskrevs som viktiga för att dela erfarenheter, ventilera oro, stärka varandra och få en möjlighet att prata av sig i en stressig situation, så fäster vi framförallt vikt vid att Mötesplatserna under lång tid har byggt upp kontaktnät, kontaktlistor, personliga relationer, tillit och rutiner för samverkan. Flera deltagare sade att detta möjliggjorde smidiga och snabba kontakter när pandemin slog till. Detta kan beskrivas som en stärkt samverkansförmåga som i flera fall tycks ha skapat goda förutsättningar för samverkan även utanför de specifika mötesplatsträffarna.

Detta behöver emellertid inte betyda att Mötesplatserna bidragit till en långsiktigt hållbar förstärkning av samverkansförmågan i meningen att denna förmåga är överlevnadskraftig på egen hand utan Mötesplatsernas strukturer och processer. Upparbetade kontaktvägar, relationer, tillit och rutiner kan mycket väl vara beroende av dessa strukturer och processer. Eftersom Mötesplatserna inte är permanentade genom formella beslut och långsiktig finansiering, och då de existerar parallellt med andra, i vissa fall högt prioriterade, samverkansforum, kan man inte ta för givet att de kommer att finnas kvar på lång sikt. Därför är en utmaning för Mötesplatserna, och andra liknande forum, att bidra till ett organisatoriskt lärande som inte är avhängigt dessa forum eller de enskilda individer som deltar i dessa. Den ökade samverkansförmågan behöver integreras tydligare på hemmaplan i de involverade organisationernas egna ordinarie verksamheter (van Winkelen, 2010; Åhlfeldt, 2018).

Nyetablerade kluster

Den fjärde frågeställningen handlade också om de nyetablerade klustren och hur de användes under pandemin. Klustren hade nyligen startats upp när enkäten gick ut i juni 2020. Trots det visar resultatet att de som deltog i dessa kluster uppskattade dem och ansåg att de fungerade för informationsspridning och för att lösa praktiska problem kopplade till Covid-19. Enligt deltagarna fungerade de även för att hantera andra gemensamma frågor vid sidan av Covid-19 (se bilaga 1, tabell A). Gruppen som deltog i dessa kluster skattade samverkansarbetet som mer välfungerande än gruppen som inte deltog i klustren, men de observerade skillnaderna mellan grupperna var inte statistiskt signifikanta (se bilaga 1, tabell C).

Formell samverkan och informellt samarbete

Den centrala uppgiften för klustren var att fungera som en länk i informationskedjan och stödja implementeringen av nya direktiv, riktlinjer och rekommendationer. Klustren tog emot information från krisledningen, exempelvis om patientflöden, vårdplatser och tillgång till skyddsutrustning, och förde den vidare ut till de lokala vård- och omsorgsaktörerna. Klustren initierades från ledningsnivå i regionen, men de var inte detaljstyrda uppifrån på så sätt att de hade ett tydligt formulerat uppdrag eller tydligt utpekade kriterier för vilka som skulle delta.[8] Det var till stor del upp till respektive kluster att formera sig utifrån egna bedömningar och prioriteringar. Särskilt kommunernas representation var öppen för tolkning då det inte framgick tydligt vilka funktioner som absolut skulle ingå. Det var även oklart hur primärvårdsrehab skulle involveras i klustren.

I både det kvalitativa och kvantitativa materialet är det svårt att definitivt avgöra vilket samarbete som hör till just klusterorganisationerna då dessa inte var entydigt avgränsade och definierade. En del respondenter kan ha haft en bredare definition av klustren medan andra hade en snävare. Något som dock framgår tydligt i materialet från Mötesplatserna var att det konkreta samarbetet ute i verksamheterna till stor del beskrevs som informellt, flexibelt och lösningsorienterat. Enligt flera deltagare fanns sällan tid att organisera gemensamma möten för att planera aktiviteter tillsammans, utan man var tvungen att gå till handling direkt. Ett exempel på informella lösningar som nämndes var att man hjälptes åt genom att åka till varandra med munskydd, plasthandskar och annan skyddsutrustning. I materialet från Mötesplatserna beskrev flera chefer och personal att fokus låg fullt ut på att få saker gjorda utan att skapa för mycket organisation, byråkrati, utredning, dokumentation och så vidare. Under krisen var det avgörande att kunna agera snabbt och då sades att kreativ lösningsorientering och flexibilitet var helt centralt.

Detta kan diskuteras utifrån Axelsson och Bihari Axelssons (2006, 2013) modell om vertikal och horisontell integrering, där de skiljer på samverkan och samarbete. Ett sätt att förstå distinktionen mellan samverkan och samarbete är att samverkan har en formell struktur medan samarbete är mer informellt. I samverkan finns formella strukturer och processer på plats och syftet är att dessa ska stödja och möjliggöra ett arbete över organisatoriska gränser för att man tillsammans ska kunna hantera gemensamma frågor på ett effektivt sätt. Det kan exempelvis handla om att etablera ett samverkansforum, där formella beslut tydligt definierar forumets syfte och mål, deltagarnas roller, ansvar och mandat samt vilka resurser som står till buds. Ett samarbete bygger istället på att gemensamma frågor hanteras genom frivilligt engagemang i mer löst sammansatta grupperingar.

---

[8] Enligt mailkonversation med en högre tjänsteman i hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm.

Enligt detta perspektiv var det främst informellt samarbete som ägde rum ute i verksamheterna. De nya klustren formaliserade inte samarbetet på de verksamhetsnära organisationsnivåerna i någon större utsträckning. Att samarbetet var informellt betyder dock inte att det inte fungerade. Studien visar tvärtom att många upplevde ett nära samarbete, där olika verksamheter ställde upp för varandra, löste problem och hjälptes åt att hantera krisen tillsammans (jfr Eriksson et al., 2021). Men om det saknas en vertikal integrering och tydlig styrning uppifrån så blir kvaliteten i dessa informella samarbeten starkt beroende av de enskilda individernas personliga ansvarskänsla och frivilliga engagemang.

Avvägning mellan styrning och flexibilitet

För- och nackdelar med informellt samarbete kan diskuteras med utgångspunkt i ett klassiskt organisationsteoretiskt dilemma, där förutsägbarhet och effektivitet ställs mot flexibilitet och anpassning (March, 1991; Ellström, 2009). Informellt samarbete med svag eller obefintlig styrning uppifrån riskerar att leda till stora lokala variationer, där det fungerar bra på vissa håll men dåligt på andra. En mer formaliserad samverkan med tydligare styrning kan säkra större likvärdighet och därmed högre rättssäkerhet och en mer jämlik vård och omsorg (jfr Svensson, 2011).

Samtidigt har ett informellt samarbete större frihet och begränsas inte lika mycket av formella strukturer och byråkratiska processer. Det ökar möjligheten till snabb anpassning då varje unikt problem kan bedömas i sitt sammanhang och hanteras på ett flexibelt sätt (jfr Burns & Stalker, 1994; Evetts, 2009). I det kvalitativa materialet från Mötesplatserna beskrevs denna flexibilitet som viktig under pandemin. Flera underströk att de snabbt behövde hitta nya lösningar, kontinuerligt förändra befintliga arbetssätt och pröva sig fram. De berättade att det inte fanns tid för långa utredningar eller för att gå igenom all byråkrati för att få igenom nya förslag. Flera uttryckte att detta var ett befriande arbetssätt, som man gärna ville fortsätta med även efter pandemin. Det fanns en önskan om en mindre byråkratisk och mer flexibel organisation, om att vara mer förändringsinriktad och i högre grad våga pröva nya idéer. Denna önskan kan förstås som en del av den kritik som många riktat mot en tilltagande formalisering och byråkratisering av vården och omsorgen (Zaremba, 2013; Bornemark, 2018) och som bland annat omsatts i en diskussion om en mer tillitsbaserad styrning (SOU 2018:47).

En långsiktig samverkansstruktur

Detta informella och lättrörliga samarbete kan i vissa fall ha varit nödvändigt under den kris som pandemin innebar. På längre sikt, om det ska etableras ett hållbart samverkansarbete, kan dock dessa informella lösningar ses som en riskabel väg, inte bara för att de riskerar att leda till stora lokala skillnader, utan också för att ett informellt samarbete riskerar att rinna ut i sanden när krisen är över. Tidigare forskning visar nämligen att interorganisatorisk samverkan ofta behöver formaliseras i relativt hög grad (Karam et al., 2018). Ett tydligt syfte och väl definierade roller, mandat och ansvar är viktiga förutsättningar för en effektiv samverkan. Och tidigare forskning visar på behovet av ett starkt ledarskap och en tydlig organisation och administration kring samverkansarbetet (Karam et al., 2018; Seaton et al., 2018). Det krävs resurser, mötesplatser och forum samt en långsiktighet som gör att det kan skapas tillitsfulla relationer (Stolp et al, 2017; Eriksson et al., 2020). Allt detta kräver organisatoriska strukturer som kan formaliseras och förankras på alla nivåer i berörda organisationer.

Enligt det här resonemanget kännetecknas en effektiv och hållbar samverkan av en rimlig balans mellan formella strukturer och mer informella lösningar. Det krävs flexibilitet och förmåga att anpassa sig till förändringar i omvärlden, men det krävs också en struktur som tydliggör förväntningar och vilka åtaganden olika aktörer har i samverkansarbetet. En risk är annars att samverkansarbetet blir till intet förpliktigande. På ett teoretiskt plan kan sägas att denna balans ligger inbakad i samverkansbegreppet. Enligt Axelsson och Bihari Axelssons (2006) modell definieras samverkan som en kombination av vertikal och horisontell integrering. Det betyder att samverkan baseras på styrning uppifrån och formella beslut som implementeras i berörda verksamheter, samtidigt som styrningen är tillräckligt öppen för att också ge utrymme för informella lösningar, frivilliga överenskommelser, flexibilitet och utbyte mellan berörda verksamheter.

Fortsatt klusterorganisation i Stockholm

Avslutningsvis kan vi konstatera att det finns ett formellt beslut i regionen att fortsätta klusterorganisationerna och bygga vidare på dessa även efter pandemin. I förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård finns ett uppdrag om geografiskt samordningsansvar där husläkarmottagningarna i varje kommun eller stadsdel ska utse en mottagning som ska fungera som klustersamordnare och ansvara för att koordinera det gemensamma arbetet mellan vård- och omsorgsgivarna i det geografiska närområdet. Uppdraget innebär bland annat att organisera och sammankalla till nätverksmöten och samordna de processer som berör flera vård- och omsorgsgivare. Åtgärden var planerad till 2022 men har tidigarelagts till februari 2021 för att tillvarata det arbetet som gjorts i klustren under pandemin (HSN, 2020). Därtill får SLSO även ansvar att stödja klustersamordnarna, genom att bland annat utveckla mötesformer, stötta implementering av nya arbetssätt och sprida kunskaper och erfarenheter (HSN, 2021).

Dessa beslut kan eventuellt bidra till att klustren blir än mer formaliserade, att deras syfte och uppdrag förtydligas och att roller och ansvar blir tydligt definierade. Om klustrens funktion tydliggörs kan det också bli lättare att se hur andra samverkansforum, som exempelvis Mötesplatserna, kan vidareutvecklas för att komplettera klustren. Erfarenheterna från många års arbete med Mötesplatserna har synliggjort flera faktorer viktiga för en fungerande och mer långsiktig samverkan. Exempel på sådana faktorer är (a) att se till att "rätt" aktörer samlas för samverkan, (b) att ingen berörd aktör lämnas utanför, (c) att deltagarna lär känna varandras verksamheter, skapar respekt och tillit till varandra, (d) att samverkansmöten har ett relevant innehåll för dem som deltar, med fokus på aktörernas olika perspektiv på gemensamma samverkansutmaningar, (e) att det inte bara pratas samverkan utan också görs konkreta samverkansarbeten mot gemensamt uppsatta mål, samt (f) att en aktör behöver stå för ledarskapet och vara koordinerande, inkluderande, flexibel och drivande med fokus på att skapa struktur och se till att samverkansarbetet kan fungera (Björkman, under tryckning).

Metoddiskussion

Vi avslutar denna rapport med en diskussion om styrkor och svagheter i studiens metod. En utmaning i studien har varit att det saknas en etablerad och gemensam förståelse av vad som menas med samverkan. Det påverkar hur enkätfrågor tolkas och förstås. Det har exempelvis varit svårt att skilja på en vid, mer generell förståelse av samverkan runt äldre personer med behov av insatser från både regionala och kommunala verksamheter och en snävare, mer specifik förståelse av samverkan utifrån samverkanslagen (LUS). Utöver denna brist på en gemensam förståelse av samverkansbegreppet, finns några aspekter av studiens metod som bör nämnas och beaktas i tolkningen av resultatet.

För det första är det värt att åter påminna om att patienter, brukare och anhöriga inte ingår i studien. Enkäten besvarades av yrkesverksamma. Resultatet ska därför inte tolkas som att det speglar de äldres syn på samverkansarbetet och resultatet av detta.

För det andra var enkätstudien relativt liten. Den inkluderade 60 respondenter där majoriteten hade en chefs- eller ledningsfunktion. Svarsfrekvensen var 48 procent. Under omständigheterna kan det betraktas som en acceptabel svarsfrekvens (jfr Bryman, 2008), men likväl var det en betydande andel som inte besvarade enkäten, vilket kan ha påverkat resultatet. Vid en jämförelse med de centrala och norra kommunerna i länet, som besvarade samma enkät, så var svarsfrekvensen påtagligt högre i de södra kommunerna. Detta var ett skäl till att vi lyfte ut resultatet för södra länet i denna rapport. Ett annat skäl till detta var att enkätstudien kunde kompletteras med det kvalitativa materialet från Mötesplatserna, som var etablerade i de aktuella kommunerna sedan flera år tillbaka. Mötesplatsmaterialet stärker studien då det kunde användas för att bekräfta, nyansera och utveckla enkätresultatet. Frågeställningarna kunde belysas från flera perspektiv.

För det tredje var deltagarna i studien inte helt representativa för de aktörer som samverkar i utskrivningsprocessen. Framförallt var representationen från äldreomsorgens utförare låg. Att deras perspektiv inte kommer till uttryck fullt ut kan ha påverkat resultatet. De stod inför många svåra situationer under pandemin och hade dessutom möjlighet att se de mer långsiktiga konsekvenserna av bristande samverkan då de mötte brukarna i deras vardag även efter utskrivningsprocessen. Detta kan ha gjort att vissa samverkansbrister inte synliggjorts så tydligt i studien.

Representativiteten påverkades också av att enkäten skickades ut via kontaktlistor från Mötesplatserna och arbetsgrupper kopplade till dessa. Sannolikt var dessa personer mer engagerade, insatta och kunniga om samverkansarbetet än genomsnittet. Men de kan också ha varit mer personligt investerande i samverkansarbetet, vilket möjligen kan ha resulterat i ett mindre kritiskt perspektiv på samverkan.

En relevant fråga är om resultatet ger en alltför positiv bild av samverkansarbetet. Det är en tänkbar konsekvens av att respondenterna främst var chefer, som sannolikt var engagerade och investerade i samverkan, att utförare i äldreomsorgen var underrepresenterade, samt att patienter, brukare och anhörigas perspektiv inte kommer fram i studien. Från tidigare forskning vet vi att studier som bygger på självrapporterade data tenderar att överskatta det egna arbetets betydelse (Stirman et al., 2012). Tidigare studier har också visat att pandemin skapade en känsla av akut kris, vilket medförde lösningsfokus och sammanhållning, men också tenderade att motverka kritisk distans och reflektion (Eriksson et al., 2020). Eftersom studien genomfördes under pandemins första våg så var respondenterna mitt uppe i den akuta krishanteringen. Det är inte konstigt om det då var svårt att ta ett steg tillbaka och titta på situationen med en mer kritisk blick. Men det fanns

också en fördel med att enkäten gick ut tidigt. Respondenterna kunde beskriva situationen de befanns sig mitt i. De behövde inte tänka tillbaka och försöka minnas och beskriva händelser i efterhand.

Ytterligare en aspekt av studien som bör beaktas i tolkningen av resultatet är att den har en tvärsnittsdesign. Den undersöker respondenternas syn på samverkansarbetet vid ett specifikt tillfälle och därefter beräknas statistiska samband och skillnader mellan grupper.[9] Statistiska samband av detta slag säger dock ingenting om kausalitet/orsakssamband. Det betyder att de samband som påvisades mellan deltagande i ett aktivt samverkansforum och en mer positiv bedömning av hur väl samverkansarbetet fungerade inte visar att det var dessa forum som stärkte samverkansarbetet. Det är en av flera möjliga tolkningar av dessa samband. En alternativ tolkning kan exempelvis vara att de personer som deltog i ett aktivt samverkansforum var mer engagerade och investerade i samverkan och därför gav mer positiva svar. Det skulle kunna förklara de observerade sambanden.

En styrka med studien i detta sammanhang var att det i de södra kommunerna var lätt att ringa in vilka tidigare samverkansforum som åsyftades. Det handlade framförallt om Mötesplatserna och dess arbetsgrupper, som var etablerade i dessa kommuner. Det underlättade analysen av nämnda samband mellan aktiva samverkansforum och en mer välfungerande samverkan, då dessa samband kunde sättas in i ett konkret sammanhang och tolkas och förstås mot bakgrund av den kunskap och de erfarenheter vi redan hade om dessa samverkansforum.

[9] En invändning mot metoden är att parametriska tester inte bör användas på ordinaldata från likertskalor. Kring detta finns en långvarig diskussion inom vetenskapen och vi kan konstatera att det finns goda argument för att använda parametriska tester på likertskalor (Norman, 2010; Wadgave & Khairnar, 2016). På de tregradiga skalorna som används i frågorna om LUS-processen har vi dock inte beräknat medelvärden eller använt parametriska tester.

Referenser

Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4), 1–10.

Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 1–14.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013). ”Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar.” I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.

Berlin, J., Jensen, C., Löfström, M. & Nilsson, V. (2016). *Chefers strategier för att implementera samverkan*. Kommunforskningsprogrammets rapportserie, Rapport 29.

Björkman, I. (under tryckning). “Att bygga samverkan i mellanrummen”. I: Hedberg Rundgren, Å., Klinga, C., Löfström, M. & Mossberg, L. (red.) *Samverkan i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Bornemark, J. (2018). *Det omätbaras renässans – En uppgörelse med pedanternas världsherravälde*. Stockholm: Volante.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra upplagan. Stockholm: Liber.

Burns, T. & Stalker, G.M. (1994/1961). *The Management of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.

Danermark, B. (2015). *Kunskaper och erfarenheter om samverkan kring arbetslösa personer med ekonomiskt bistånd*. Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen.

Evetts, J. (2009). New Professionalism and the New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8(2), 247–266.

Ellström, P-E. (2009). “The use and benefits of evaluations: a learning perspective”. In: Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. & Sjöberg, K. (eds.). *Learning Through Ongoing Evaluation*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, E., Alexandersson, P., Gadolin, C., Erikssson, J. & Lindahl, G. (2021). *Covid-19-pandemins effekter på Nära vård: En intervjustudie med företrädare från kommuner och regioner*. Göteborg: Centre för Healthcare Improvement, Chalmers tekniska högskola.

Eriksson, E., Andersson, T., Hellström, A., Gadolin, C. & Lifvergren, S. (2020). Collaborative Public management: coordinated value propositions among public service organisations. *Public Management Review*, 22(6), 791–812.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Third edition. London: SAGE Publications.

Goldberg, J. & Bryant, M. (2012). Country ownership and capacity building: the next buzzwords in health systems strengthening or a truly new approach to development? *BMC Public Health*, 12:531.

Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre – om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och kultur.

Hallberg, A., Winblad, U. & Fredriksson, M. (i manuskript/in review). Balancing pragmatism and sustainability: a case study of an interorganisational network to improve integrated care for the elderly.

HSN (2020). *Revidering av förfrågningsunderlag för vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2021*. Hälso- och sjukvårdsnämnden. Tjänsteutlåtande HSN 2020-0222.

HSN (2021). *Överenskommelse om stöd och vägledning till geografiskt samordnande vårdcentraler samt deltagande i regional samverkan*. Hälso- och sjukvårdsnämnden. Tjänsteutlåtande HSN 2020-1821.

IVO (2018). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017*. Inspektionen för vård och omsorg. Artikelnr IVO 2018-12.

Jobe, I. (2020). *"A chain is only as strong as its weakest link". Collaborative care planning as a person-centred practice*. Dissertation. Department of Health Science, Luleå University of Technology.

Johnson, K., Hays, C., Center, H. & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable pre-vention innovations: a sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 135–149.

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and inter-organizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies* 79(3), 70–83.

Knoben, J. & Oerlemans, L.A.G. (2006). Proximity and inter-organizational collaboration: A literature review. *International Journal of Management Reviews*, 8(2), 71–89.

Larsson, L. G. (2019). *Samverkan vid vårdplanering för patienter med komplexa behov – ett mellanorganisatoriskt triangeldrama*. Avhandling. Institutionen för medicin, Göteborgs universitet.

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.

Lindqvist, E., Viberg, H. & Åhlfeldt, E. (2019). *Att främja en trygg hemgång från sjukhus. En beskrivande studie av två olika Trygg hemgångsmodeller*. Stockholm: Nestor FoU-center.

March, J. (1991). Exploitation and Exploration in Organizational Learning. *Organizational Science*, 2(1), 71–87.

Region Stockholm (2020a). *Regional särskild sjukvårdsledning går över till stabsläge*. Vårdgivarguiden. Hemsida: https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/nyheter-halsa-och-vard/2020/06/regional-sarskild-sjukvardsledning-gar-over-till-stabslage/ (nedladdad 2021-03-26).

Region Stockholm (2020b). *Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm och kommunal vårdverksamhet under pågående smittspridning av covid-19*.

Region Stockholm/Storsthlm (2020). *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län*. Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län.

Seaton, C.L., Holm, N., Bottorff, J.L., Jones-Bricker, M., Errey, S., Caperchione, C.M., Lamont, S., Johnson, S.T. & Healy, T. (2018). Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review. *American Journal of Health Promotion*, 32(4), 1095–1109.

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

Shediac-Rizkallah, M.C. & Bone, L.R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87–108.

SKR (2020). *SIP för äldre. Sveriges kommuner och regioner.* Hemsida: skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip/sipforaldre.8958.html. Nedladdad 2021-01-28.

Socialutskottet (2017). *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering.* Rapport från riksdagen 2017/18:RFR5.

SOU (2015:20). *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård.* Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen.

SOU (2016:2). *Effektiv vård.* Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

SOU (2018:47). *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.* Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.

SOU (2020:80). *Äldreomsorgen under pandemin.* Delbetänkande av Coronakommissionen.

Stadsrevisionen (2021). *Samverkan utskrivna patienter från slutenvård.* Nr 2, 2021. Revisionsrapport från Stadsrevisionen (Dnr: RVK 2021/62). Granskning av EY på uppdrag av revisorerna i Region Stockholm, Stockholms stad, Haninge kommun, Huddinge kommun, Järfälla kommun, Nacka kommun, Sollentuna kommun, Sundbybergs stad och Värmdö kommun.

Stirman Wiltsey, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(17).

Stolp, S., Bottorff, J.L., Seaton, C.L., Jones-Bricker, M., Oliffe, J.L., Johnson, S.T., Errey, S., Medhurst, K. & Lamont, S. (2017). Measurement and evaluation practices of factors that contribute to effective health promotion collaboration functioning: A scoping review. *Evaluation and Program Planning*, 61, 38–44.

Svensson, L. & Brulin, G. (2013). ”Om effekter av program och projekt”. I: Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. & Sjöberg, K. (red.). *Att fånga effekter – av program och projekt.* Lund: Studentlitteratur.

Svensson, L., Jakobsson, E. & Åberg, C. (2001). *Utvecklingskraften i nätverk. Om lärande mellan företag.* Stockholm: Santérus förlag.

Svensson, L.G. (2011). Profession, organisation, kollegialitet och ansvar. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 18(4), 301–319.

van Winkelen, C. (2010). Deriving value from inter-organizational learning collaborations. *The Learning Organization*, 17(1), 8–23.

Vård- och omsorgsanalys (2021). *Under rådande omständigheter – Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg.* Rapport 2021:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vårdgivarguiden (2021). *Nytt IT-stöd för utskrivning från sluten hälso-och sjukvård.* Region Stockholm. Webbplats: https://vardgivarguiden.se/utveckling/projekt/it-stod-utskrivning-fran-sluten-vard. Nedladdad: 2021-03-04.

Zaremba, M. (2013). *Patientens pris?* Stockholm: Weyler förlag.

Åhlfeldt, E. (2017). *Hållbart utvecklingsarbete i vård och omsorg – Ett institutionellt perspektiv på projekt i en professionell och byråkratisk kontext.* Avhandling. Institutionen för be-teendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.

Åhlfeldt, E. (2018). *Mötesplats för lokal och regional samverkan – En FoU-verksamhet som intermediär i en fragmenterad vård och omsorg om äldre.* Stockholm: Nestor FoU-center.

Bilaga 1. Statistiska analyser

I denna bilaga redovisas resultat från statistiska analyser. Först redovisas resultat från oberoende envägs ANOVA som testade skillnaderna mellan hur de olika vård- och omsorgsaktörerna svarade på åtta frågor om samverkan.

Därefter redovisas resultat för t-tester som gjordes för att testa om det fanns skillnader relaterade till deltagande i tidigare etablerade samverkansforum och nyetablerade kluster.

Skillnader mellan vård- och omsorgsaktörer

Nedan redovisas resultat från oberoende envägs ANOVA kopplade till de åtta frågorna i tabell 6–10 och 12–14. I dessa analyser testas om medelvärdesskillnaderna mellan slutenvården, vårdcentraler, äldreomsorgen och primärvårdsrehab var statistiskt signifikanta. Vid signifikanta skillnader ($p < .05$) gjordes eftertester (LSD) för att identifiera vilka grupper det var som skiljde sig från varandra.

Medelvärdesskillnader i tabell 6

Fråga: Hur upplever du att samverkan i utskrivningsprocessen kring individen fungerat under Coronapandemin?

En oberoende envägs ANOVA visar att det fanns en signifikant medelvärdesskillnad mellan vård- och omsorgsaktörerna i synen på samverkan i utskrivningsprocessen, F (3, 54) = 2,875, p = .045. Ett eftertest (LSD) visar att skillnaden var signifikant mellan slutenvården och äldreomsorgen (medelvärdesskillnad = -0,55, p = .019) samt mellan slutenvården och primärvårdsrehab (medelvärdesskillnad = -0,75, p = .010). Mellan övriga grupper var skillnaden för liten för att vara statistiskt signifikant.

Medelvärdesskillnader i tabell 7

Fråga: Upplever du att information från ledningen om nya direktiv/riktlinjer och rutiner gällande utskrivningsprocessen under pandemin har nått fram till dig?

En oberoende envägs ANOVA visar att medelvärdesskillnaderna mellan vård- och omsorgsaktörerna inte var statistiskt signifikanta, F (3, 53) = 2,236, p = .095.

Medelvärdesskillnader i tabell 8

Fråga: I de fall behov av rehabilitering funnits, i vilken omfattning har primärvårdsrehab involverats i samband med utskrivning från sjukhus under pandemin?

En oberoende envägs ANOVA visar att medelvärdesskillnaderna mellan vård- och omsorgsaktörerna inte var statistiskt signifikanta, F (3, 34) = 2,307, p = .094.

Medelvärdesskillnader i tabell 9

Fråga/påstående: Coronapandemin har förstärkt samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus.

En oberoende envägs ANOVA visar att medelvärdesskillnaderna mellan vård- och omsorgsaktörerna inte var statistiskt signifikanta, F (3, 51) = 1,188, p = .323.

Medelvärdesskillnader i tabell 10

Fråga/påstående: Coronapandemin har försvårat samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus.

En oberoende envägs ANOVA visar att det fanns en signifikant medelvärdesskillnad mellan vård- och omsorgsaktörerna, F (3, 45) = 2,838, p = .049. Ett eftertest (LSD) visar att det var skillnaden mellan slutenvården och äldreomsorg som var statistiskt signifikant (medelvärdesskillnad = -0,87, p = .006). Mellan övriga aktörer fanns inga signifikanta skillnader.

Medelvärdesskillnader i tabell 12

Fråga: Genom att samverka kring individen, hur väl upplever du att aktörerna lyckas möta patienternas/brukarnas behov och problem?

En oberoende envägs ANOVA visar att det fanns en signifikant medelvärdesskillnad mellan vård- och omsorgsaktörerna i synen på behovsanpassning, F (3, 48) = 5,342, p = .003. Ett eftertest (LSD) visar att det var primärvårdsrehab som skiljde sig signifikant från de tre andra aktörerna: slutenvården (medelvärdesskillnad = 1,17, p = .001), vårdcentralerna (medelvärdesskillnad = 0,80, p = .005) och äldreomsorg (medelvärdesskillnad = 0,77, p = .005). Däremot fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen.

Medelvärdesskillnader i tabell 13

Fråga: Genom att samverka kring individen, hur väl upplever du att aktörerna lyckas göra patienterna/brukarna delaktiga i planeringen av vården och omsorgen vid utskrivning från slutenvård?

En oberoende envägs ANOVA visar att medelvärdesskillnaderna mellan vård- och omsorgsaktörerna inte var statistiskt signifikanta, F (3, 46) = 2,298, p = .090.

Medelvärdesskillnader i tabell 14

Fråga: Genom att samverka kring individen, hur väl upplever du att aktörerna lyckas skapa en trygg och säker hemgång från sjukhus?

En oberoende envägs ANOVA visar att det fanns en signifikant medelvärdesskillnad mellan vård- och omsorgsaktörerna i hur de såg på trygghet och säkerhet i patienternas hemgång, F (3, 50) = 5,013 , p = .004. Ett eftertest (LSD) visar att slutenvården skiljde sig signifikant från de tre övriga aktörer: vårdcentralerna (medelvärdesskillnad = -0,44, p = .034), äldreomsorgen (medelvärdesskillnad = -0,50, p = .014) och primärvårdsrehab (medelvärdesskillnad = -1,00, p = .001). Därtill skiljde sig primärvårdsrehab från vårdcentralerna (medelvärdesskillnad = 0,56, p = .025) och äldreomsorg (medelvärdesskillnad = 0,50, p = .039). Vårdcentralerna och äldreomsorgen svarade väldigt lika och skiljde sig således inte signifikant från varandra.

Deltagande i samverkansforum och kluster

Här redovisas resultat och statistiska analyser om etablerade samverkansforum och nyinrättade kluster. I tabell A redovisas tre frågor om hur de nyinrättade klustren fungerade. I tabell B och C redovisas t-tester som gjordes för att testa om det fanns skillnader relaterade till deltagande i etablerade samverkansforum eller nyinrättade kluster.

Tabell A. Klustrens funktion för samverkansarbetet.

	M	*N*	*SD*
Informationsspridning under pandemin	1,36	22	0,581
Lösa praktiska problem, Covid-19	1,41	22	0,503
Andra gemensamma frågor, ej Covid-19	1,59	22	0,734

M = medelvärde, *N* = antal svarande, *SD* = standardavvikelse
Fyrgradig mätskala 1–4. (1 = mycket bra. 2 = ganska bra. 3 = ganska dåligt. 4 = mycket dåligt.)

I tabell B redovisas resultat från t-tester, där gruppen som deltog i ett tidigare etablerat och fortsatt aktivt samverkansforum jämförs med gruppen som inte deltog i något sådant forum. T-testerna gjordes för sex variabler baserade på de åtta enkätfrågor som redovisas i tabell 6–10 och 12–14 (se ovan). De tre frågorna om behovsanpassning, delaktighet och trygghet för patienter och brukare (tabell 12–14) slogs samman till en variabel som benämns kvalitet för patienter/brukare (a = .869).

Tabell B. T-test för deltagande i tidigare etablerat samverkansforum.

Variabel	*M1 (SD)*	*N1*	*M2 (SD)*	*N2*	*t*	*r*	*p*
Samverkan vid utskrivning	1,74 (0,59)	27	2,10 (0,61)	30	-2,25	.29	.028*
Kvalitet för patienter/brukare	1,89 (0,58)	27	2,13 (0,57)	29	-1,54	.20	.131
Information från ledningen	1,56 (0,70)	27	2,14 (1,09)	29	-2,39	.33	.021*
Primärvårdsrehabs involvering	2,33 (0,84)	18	2,63 (0,83)	19	-1,09	.18	.285
Covid-19 *försvårade* samverkan	2,88 (0,83)	25	2,27 (0,91)	30	2,59	.34	.012*
Covid-19 *förstärkte* samverkan	2,33 (0,76)	24	2,36 (0,91)	25	-0,11	.02	.912

M1 (SD) = medelvärde och standardavvikelse för gruppen som deltog i samverkan. *M2 (SD)* = medelvärde och standardavvikelse för gruppen som *inte* deltog i samverkan.
Fyrgradig mätskala, 1–4, där ett lågt värde är positivt/instämmer.
* $p < .05$.

I tabell C redovisas motsvarande t-tester, där gruppen som deltog i ett nyinrättat kluster jämförs med gruppen som inte deltog i något kluster.

Tabell C. T-test för deltagande i nyinrättat kluster.

Variabel	*M1 (SD)*	*N1*	*M2 (SD)*	*N2*	*t*	*r*	*p*
Samverkan vid utskrivning	2,00 (0,63)	21	1,97 (0,59)	33	0,18	.02	.858
Kvalitet för patienter/brukare	2,03 (0,72)	20	2,06 (0,48)	32	-0,18	.02	.862
Information från ledningen	1,71 (0,85)	21	2,00 (1,03)	33	-1,06	.15	.293
Primärvårdsrehabs involvering	2,27 (0,80)	15	2,62 (0,87)	21	-1,24	.21	.222
Covid-19 *försvårade* samverkan	2,80 (0,89)	20	2,31 (0,90)	32	1,91	.26	.062
Covid-19 *förstärkte* samverkan	2,17 (0,79)	18	2,54 (0,84)	28	-1,49	.22	.143

M1 (SD) = medelvärde och standardavvikelse för gruppen som deltog i kluster. *M2 (SD)* = medelvärde och standardavvikelse för gruppen som *inte* deltog i kluster.
Fyrgradig mätskala, 1–4, där ett lågt värde är positivt/instämmer.

Bilaga 2: Moment och aktiviteter i LUS-processen

I denna bilaga samlas tabeller om olika moment och delaktiviteter i planeringsprocessen inför och under utskrivning från sjukhus (LUS-processen). I tabell A–R redovisas hur aktiviteterna bedömdes fungera under pandemin. Dessa frågor har besvarats på en tregradig skala (1 = bra, 2 = varken bra eller dåligt, 3 = inte så bra), men i resultatredovisningen har de två senare svarsalternativen slagits ihop till en kategori som benämns ”mindre bra”. Under respektive tabell redovisas även resultat från chi-två-tester som gjordes för att testa om fördelningen mellan svaren “bra” och “mindre bra” skiljde sig mellan slutenvården, vårdcentraler och äldreomsorg. Primärvårdsrehab inkluderas inte i dessa analyser då det bara var två personer därifrån som svarade att de deltog i LUS-processen.

Därefter, i tabell S redovisas hur respondenterna bedömde att momenten i LUS-processen hade förändrats jämfört med innan pandemin. Dessa frågor besvarades på en tregradig skala (1 = bättre, 2 = oförändrat, 3 = sämre).

Inskrivning

Tabell A. Sjukhuset skriver in patienten i Webcare inom 24 timmar.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	8 (80%)	2 (20%)	0	10
Vårdcentral	7 (47%)	4 (27%)	4	15
Äldreomsorg	9 (50%)	7 (39%)	2	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	25 (56%)	13 (29%)	7	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 1{,}533$, $p = .465$.

Tabell B. Sjukhuset anger preliminärt utskrivningsdatum i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	8 (80%)	2 (20%)	0	10
Vårdcentral	7 (47%)	4 (27%)	4	15
Äldreomsorg	12 (67%)	6 (33%)	0	18
Primärvårdsrehab*	0	1	1	2
Total	27 (60%)	13 (29%)	5	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 0{,}762$, $p = .683$.

Tabell C. Kommunen svarar inom 24 timmar i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	9 (90%)	1 (10%)	0	10
Vårdcentral	6 (40%)	5 (33%)	4	15
Äldreomsorg	15 (83%)	3 (17%)	0	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	31 (69%)	9 (20%)	5	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-tvåtest. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna var något för liten för att vara statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 4{,}483$, $p = .106$.

Tabell D. Fast vårdkontakt svarar inom 24 timmar.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	3 (30%)	6 (60%)	1	10
Vårdcentral	6 (40%)	5 (33%)	4	15
Äldreomsorg	6 (33%)	8 (44%)	4	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	16 (36%)	19 (42%)	10	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-tvåtest. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 0{,}919$, $p = .632$.

Planering inför utskrivning

Tabell E. Sjukhuset skriver in sin bedömning av patientens funktionsförmåga samt medicinska behov i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	9 (90%)	1 (10%)	0	10
Vårdcentral	7 (47%)	6 (40%)	2	15
Äldreomsorg	3 (17%)	14 (78%)	1	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	20 (44%)	21 (47%)	4	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-tvåtest. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 13{,}528$, $p = .001$ ($< .05$).

Tabell F. Sjukhuset uppdaterar preliminärt utskrivningsdatum i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	5 (50%)	5 (50%)	0	10
Vårdcentral	7 (47%)	5 (33%)	3	15
Äldreomsorg	3 (17%)	15 (83%)	0	18
Primärvårdsrehab*	0	1	1	2
Total	15 (33%)	26 (58%)	4	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 6{,}222$, $p = .045$ (< . 05).

Tabell G. Kommunen skriver in sin planering i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	8 (80%)	2 (20%)	0	10
Vårdcentral	7 (47%)	5 (33%)	3	15
Äldreomsorg	15 (83%)	3 (17%)	0	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	31 (69%)	10 (22%)	4	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 2{,}578$, $p = .276$.

Tabell H. Fast vårdkontakt skriver in sin planering i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	1 (10%)	8 (80%)	1	10
Vårdcentral	5 (33%)	8 (53%)	2	15
Äldreomsorg	7 (39%)	9 (50%)	2	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	14 (31%)	25 (56%)	6	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 2{,}885$, $p = .236$.

Utskrivningsklar (UK)

Tabell I. Sjukhuset anger patientens UK-datum.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	6 (60%)	3 (30%)	1	10
Vårdcentral	9 (60%)	4 (27%)	2	15
Äldreomsorg	10 (56%)	8 (44%)	0	18
Primärvårdsrehab*	0	1	1	2
Total	25 (56%)	16 (36%)	4	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Det var små skillnader mellan slutenvården, vårdcentraler och äldreomsorg. De gav snarlika svar på frågan. Det bekräftas av ett Chi-två-test som var långt ifrån statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 0{,}688$, $p = .709$

Tabell J. Sjukhuset skriver in plan för hemgång i Webcare.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	6 (60%)	3 (30%)	1	10
Vårdcentral	6 (40%)	5 (33%)	4	15
Äldreomsorg	3 (17%)	13 (72%)	2	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	16 (36%)	21 (47%)	8	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 6{,}522$, $p = .038$ ($< .05$).

Tabell K. Kommunen kvitterar UK-meddelandet.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	6 (60%)	2 (20%)	2	10
Vårdcentral	8 (53%)	3 (20%)	4	15
Äldreomsorg	13 (72%)	4 (22%)	1	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	28 (62%)	9 (20%)	8	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Det var små skillnader mellan slutenvården, vårdcentraler och äldreomsorg. De gav ungefär samma svar på frågan. Det bekräftas av ett Chi-två-test som var långt ifrån statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 0{,}050$, $p = .975$.

Tabell L. Fast vårdkontakt kontrollerar att eventuella hjälpmedel finns på plats i hemmet.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	3 (30%)	4 (40%)	3	10
Vårdcentral	8 (53%)	4 (27%)	3	15
Äldreomsorg	1 (5,6%)	9 (50%)	8	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	13 (29%)	17 (38%)	15	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 7{,}229$, $p = .027$ ($< .05$).

Tabell M. Fast vårdkontakt kvitterar UK-meddelandet.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	2 (20%)	6 (60%)	2	10
Vårdcentral	10 (67%)	2 (13%)	3	15
Äldreomsorg	3 (17%)	6 (33%)	9	18
Primärvårdsrehab*	1	0	1	2
Total	16 (36%)	14 (31%)	15	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 8{,}309$, $p = .016$ ($< .05$).

Utskrivning (information till patienter)

Tabell N. Sjukhuset informerar patienten och överlämnar nödvändig information.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	6 (60%)	2 (20%)	2	10
Vårdcentral	5 (33%)	6 (40%)	4	15
Äldreomsorg	4 (22%)	6 (33%)	8	18
Primärvårdsrehab*	2	0	0	2
Total	17 (38%)	14 (31%)	14	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 2{,}459$, $p = .292$.

Samordnad individuell plan (SIP)

Tabell O. Fast vårdkontakt kallar till SIP.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	1 (10%)	7 (70%)	2	10
Vårdcentral	4 (27%)	10 (67%)	1	15
Äldreomsorg	0	16 (89%)	2	18
Primärvårdsrehab*	0	2	0	2
Total	5 (11%)	35 (78%)	5	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var stor nog för att vara statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 5{,}338$, $p = .069$. Däremot var skillnaden mellan äldreomsorgen och vårdcentralerna signifikant, $\chi^2(1) = 5{,}275$, $p = .022$ (Bonferronikorrigering, $p < .025$).

Tabell P. Gemensamt planerat och fördelat insatser vid en inledande SIP (SIP på sjukhus).

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	3 (30%)	5 (50%)	2	10
Vårdcentral	2 (13%)	10 (67%)	3	15
Äldreomsorg	1 (5,6)	12 (67%)	5	18
Primärvårdsrehab*	0	1	1	2
Total	6 (13%)	28 (62%)	11	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Skillnaden i svar från slutenvården, vårdcentralerna och äldreomsorgen testades med ett chi-två-test. Resultatet visar att skillnaden mellan aktörerna inte var statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 2{,}987$, $p = .225$.

Tabell Q. Gemensamt planerat och fördelat insatser genom att upprätta eller uppdatera SIP i hemmet.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	2 (20%)	5 (50%)	3	10
Vårdcentral	2 (13%)	10 (67%)	3	15
Äldreomsorg	3 (17%)	12 (67%)	3	18
Primärvårdsrehab*	0	2	0	2
Total	7 (16%)	29 (64%)	9	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Det var små skillnader mellan slutenvården, vårdcentraler och äldreomsorg. De gav ungefär samma svar på frågan. Det bekräftas av ett Chi-två-test som var långt ifrån statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 0{,}389$, $p = .823$.

Tabell R. Gemensamt justerat pågående insatser genom att följa upp och avsluta SIP i hemmet.

	Bra	Mindre bra	Vet ej	Total
Slutenvård	1 (10%)	5 (50%)	4	10
Vårdcentral	2 (13%)	9 (60%)	4	15
Äldreomsorg	3 (17%)	11 (61%)	4	18
Primärvårdsrehab*	0	2	0	2
Total	6 (13%)	27 (60%)	12	45

* Procent anges ej då antalet svarande är så lågt.

Det var små skillnader mellan slutenvården, vårdcentraler och äldreomsorg. De gav snarlika svar på frågan. Det bekräftas av ett Chi-två-test som var långt ifrån statistiskt signifikant, $\chi^2(2) = 0{,}076$, $p = .963$.

Förändring av momenten i LUS-processen

I tabell S redovisas hur respondenterna ansåg att de fem LUS-momenten förändrades under pandemin när svaren för de ingående aktiviteterna i respektive moment räknas samman. I tabellen redovisas även förändringen som differensen mellan antalet "bättre"- och "sämre"-svar samt den relativa förändringen, som beräknas som förändringen dividerat med det totala antalet svar.

Tabell S. Förändring för momenten i LUS-processen (antal svar).

	Inskrivning	Planering inför utskrivning	Utskrivningsklar	Utskrivning	SIP	Totalt N (%)
Bättre	16	16	21	6	10	69 (8,5)
Oförändrat	121	120	140	22	66	469 (57,9)
Sämre	12	23	22	3	70	130 (16,0)
Vet ej	31	21	42	14	34	142 (17,5)
Förändring*	4	-7	-1	3	-60	-61
Relativ förändring** (%)	2,7	-4,4	-0,5	9,7	-41,1	-9,1

* Förändring beräknas som antal "bättre"-svar minus antal "sämre"-svar.
** Relativ förändring beräknas som förändring dividerat med totalt antal svar, exkl. vet ej.

Bilaga 3: Enkäten

Bakgrundsfrågor

Kommun/område (var arbetar du?)
Svarsalternativ: Lista med kommuner.

Jag som besvarar enkäten arbetar inom:
Svarsalternativ: Geriatrisk slutenvård, Somatisk slutenvård, Husläkarmottagning/vårdcentral, Primärvårdsrehabilitering, Socialtjänst/äldreomsorg myndighet, Socialtjänst/äldreomsorg utförare, Annan verksamhet, ange vilken.

Jag har följande huvudfunktion:
Svarsalternativ: Chef (ledningsfunktion), Samordnare/koordinator, Distriktssköterska/sjuksköterska, Fysioterapeut/arbetsterapeut, Biståndshandläggare, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Utvecklingsledare/strateg, Annan, ange vad.

Ingår du i något/några återkommande forum för samverkan mellan kommun och region bl.a. kring utskrivning från slutenvård?
Svarsalternativ: Ja, Nej, Vet ej.

Har forumet varit aktivt under Coronapandemin?
Svarsalternativ: Ja, Nej, Vet ej.
Kommentar möjlig.

Nedanstående frågor handlar om hur samverkan kring äldre personer i behov av samordnade insatser har fungerat under Coronapandemin. I begreppet samverkan ingår också samarbete och samordning.

1. Hur upplever du att samverkan i utskrivningsprocessen kring individen fungerat under Coronapandemin?
Svarsalternativ: Mycket bra, Ganska bra, Ganska dåligt, Mycket dåligt, Vet ej.

2. Genom att samverka kring individen, hur väl upplever du att aktörerna lyckas...
...möta patienternas/brukarnas behov och problem?
...göra patienterna/brukarna delaktiga i planeringen av vården och omsorgen vid utskrivning från slutenvård?
...skapa en trygg och säker hemgång från sjukhus?
Svarsalternativ: Mycket bra, Ganska bra, Ganska dåligt, Mycket dåligt, Vet ej.

3a. I de fall behov av rehabilitering funnits, i vilken omfattning har primärvårdsrehab involverats i samband med utskrivning från sjukhus under pandemin?
Svarsalternativ: Alltid, Ofta, Ibland, Aldrig, Vet ej.

3b. Vid jämförelse med innan pandemin har primärvårdsrehab involverats:
Svarsalternativ: Oftare, Oförändrat, Mer sällan, Vet ej.

4. Det finns flera sätt att kommunicera på för samverkansaktörerna i utskrivningsprocessen. Har någon/några av dessa metoder ökat under pandemin? (flera alternativ möjliga)
Svarsalternativ: Webcare, Video (tex Teams, Skype), Telefon, Fax, Annat, ange vad, Vet ej.

5. Hur har ni och andra aktörer samordnat planeringen i utskrivningsprocessen tillsammans med den enskilde och eventuella anhöriga (t ex SIP)? (flera alternativ möjliga)
Svarsalternativ: Fysiskt möte, Videomöte (tex Teams, Skype), Telefonmöte, Annat sätt, ange hur, Har ej skett, Vet ej.

6. Upplever du att information från ledningen om nya direktiv/riktlinjer och rutiner gällande utskrivningsprocessen under pandemin har nått fram till dig?
Svarsalternativ: I hög grad, I ganska hög grad, I ganska låg grad, Inte alls, Vet ej.

Coronapandemin har påverkat vården och omsorgen på många olika sätt. Hur väl anser du att följande påståenden stämmer med dina erfarenheter?

7. Coronapandemin har försvårat samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus.
Svarsalternativ: Stämmer mycket bra, Stämmer bra, Stämmer dåligt, Stämmer mycket dåligt, Vet ej.

8. Coronapandemin har förstärkt samverkansarbetet kring individer i behov av samordnade insatser efter utskrivning från sjukhus.
Svarsalternativ: Stämmer mycket bra, Stämmer bra, Stämmer dåligt, Stämmer mycket dåligt, Vet ej.

Under Covid-19-pandemin kluster/noder inrättats i länets kommun- och stadsdelar. 9. Har du deltagit i samverkansmöten i ett kluster (en nod)?

Ja, Nej (du hoppar över nästa fråga), Vet ej (du hoppar över nästa fråga).

10. Hur bra anser du att detta kluster (noden) har fungerat för...
...informationsspridning under pandemin?
...att lösa praktiska problem relaterat till covid-19?
...att samverka kring andra gemensamma frågor förutom de som är relaterade till covid-19?
Svarsalternativ: Mycket bra, Ganska bra, Ganska dåligt, Mycket dåligt, Vet ej.
Kommentar möjlig.

11. Om du tänker på samverkan i stort, vilka är de största förändringarna som gjorts i er verksamhet för att hantera situationen under Coronapandemin? (T ex nya arbetsprocesser eller organisationsformer)
Svarsalternativ: Öppen fråga.

12. Om du tänker på samverkan i stort, är det något du uppfattar har fungerat extra bra vad gäller samverkan under Coronapandemin? (T ex ökad motivation, lättare att nå varandra)
Svarsalternativ: Öppen fråga.

13. Om du tänker på samverkan i stort, är det något du uppfattar har fungerat sämre eller har varit extra svårt vad gäller samverkan under Coronapandemin? (T ex kring vissa målgrupper, andra aktörer, rutiner mm.)
Svarsalternativ: Öppen fråga.

Till sist följer ett antal frågor om hur de olika momenten i utskrivningsprocessen har fungerat under Coronapandemin.

14. Deltar din enhet i utskrivningsprocessen?
Svarsalternativ: Ja, Nej (du hoppar över nästa fråga), Vet ej (du hoppar över nästa fråga).

15. Hur bedömer du att respektive moment i utskrivningsprocessen har fungerat för personer som har behov av samordnade insatser? Det kan variera i hur samverkan fungerar, vi vill att du ger en samlad bedömning över hur du tycker att det fungerar.

Ange först hur bra du bedömer varje moment i ordinarie utskrivningsprocess enligt den regionala överenskommelsen har fungerat under pandemin.

Ange därefter hur du bedömer varje moment har fungerat i jämförelse med hur det fungerade innan pandemin. Om du vill lämna kommentarer beträffande utskrivningsprocessens olika steg finns utrymme längst bak i enkäten.

Inskrivning. a) Hur har momentet fungerat under pandemin? (WC=WebCare)

i. **Sjukhuset skriver in patienten i WC inom 24 timmar.**
ii. **Sjukhuset anger preliminärt utskrivningsdatum i WC.**
iii. **Kommunen svarar inom 24 timmar i WC.**
iv. **Fast vårdkontakt svarar inom 24 timmar.**

Svarsalternativ: Bra, Varken bra eller dåligt, Inte så bra, Vet ej.

Inskrivning. b) Hur har momentet fungerat i jämförelse med hur det fungerade innan pandemin?

i. **Sjukhuset skriver in patienten i WC inom 24 timmar.**
ii. **Sjukhuset anger preliminärt utskrivningsdatum i WC.**
iii. **Kommunen svarar inom 24 timmar i WC.**
iv. **Fast vårdkontakt svarar inom 24 timmar.**

Svarsalternativ: Bättre, Oförändrat, Sämre, Vet ej.

Planering inför utskrivning. a) Hur har momentet fungerat under pandemin?

i. **Sjukhuset skriver in sin bedömning av patientens funktionsförmåga samt medicinska behov i WC.**
i. **Sjukhuset uppdaterar prel. utskrivningsdatum WC.**
ii. **Kommunen skriver in sin planering i WC.**
iii. **Fast vårdkontakt skriver in sin planering i WC.**

Svarsalternativ: Bra, Varken bra eller dåligt, Inte så bra, Vet ej.

Planering inför utskrivning. b) Hur har momentet fungerat i jämförelse med innan pandemin?

i. **Sjukhuset skriver in sin bedömning av patientens funktionsförmåga samt medicinska behov i WC.**
ii. **Sjukhuset uppdaterar prel. utskrivningsdatum i WC.**
iii. **Kommunen skriver in sin planering i WC.**
iv. **Fast vårdkontakt skriver in sin planering i WC.**

Svarsalternativ: Bättre, Oförändrat, Sämre, Vet ej.

Kalla till SIP. a) Hur har momentet fungerat under pandemin?

i. **Fast vårdkontakt kallar till SIP.**

Svarsalternativ: Bra, Varken bra eller dåligt, Inte så bra, Vet ej.

Kalla till SIP. b) Hur har momentet fungerat i jämförelse med hur det fungerade innan pandemin?

i. **Fast vårdkontakt kallar till SIP.**

Svarsalternativ: Bättre, Oförändrat, Sämre, Vet ej.

Utskrivningsklar (UK). a) Hur har momentet fungerat under pandemin?

i. **Sjukhuset anger patientens UK-datum.**
ii. **Sjukhuset skriver in plan för hemgång i WC.**
iii. **Kommunen kvitterar UK-meddelandet.**
iv. **Fast vårdkontakt kontrollerar att ev. hjälpmedel finns på plats i hemmet.**
v. **Fast vårdkontakt kvitterar UK-meddelandet.**

Svarsalternativ: Bra, Varken bra eller dåligt, Inte så bra, Vet ej.

Utskrivningsklar (UK). b) Hur har momentet fungerat i jämförelse med hur det fungerade innan pandemin?

i. **Sjukhuset anger patientens UK-datum.**

ii. **Sjukhuset skriver in plan för hemgång i WC.**
iii. **Kommunen kvitterar UK-meddelandet.**
iv. **Fast vårdkontakt kontrollerar att ev. hjälpmedel finns på plats i hemmet.**
v. **Fast vårdkontakt kvitterar UK-meddelandet.**

Svarsalternativ: Bättre, Oförändrat, Sämre, Vet ej.

Utskrivning. a) Hur har momentet fungerat under pandemin?

i. **Sjukhuset informerar patienten och överlämnar nödvändig information.**

Svarsalternativ: Bra, Varken bra eller dåligt, Inte så bra, Vet ej.

Utskrivning. b) Hur har momentet fungerat i jämförelse med hur det fungerade innan pandemin?

i. **Sjukhuset informerar patienten och överlämnar nödvändig information.**

Svarsalternativ: Bättre, Oförändrat, Sämre, Vet ej.

Genomförande av SIP. a) Hur har momentet fungerat under pandemin?

i. **Gemensamt planerat och fördelat insatser vid en inledande SIP (SIP på sjukhus).**
ii. **Gemensamt planerat och fördelat insatser genom att upprätta eller uppdatera SIP i hemmet.**
iii. **Gemensamt justerat pågående insatser genom att följa upp och avsluta SIP i hemmet.**

Svarsalternativ: Bra, Varken bra eller dåligt, Inte så bra, Vet ej.

Genomförande av SIP. b) Hur har momentet fungerat i jämförelse med hur det fungerade innan pandemin?

i. **Gemensamt planerat och fördelat insatser vid en inledande SIP (SIP på sjukhus).**
ii. **Gemensamt planerat och fördelat insatser genom att upprätta eller uppdatera SIP i hemmet.**
iii. **Gemensamt justerat pågående insatser genom att följa upp och avsluta SIP i hemmet.**

Svarsalternativ: Bättre, Oförändrat, Sämre, Vet ej.

16. Övriga kommentarer kring frågorna eller annat du vill tillägga.

Svarsalternativ: Öppen fråga.

Den här rapporten handlar om samverkan mellan slutenvård, primärvård och äldreomsorg i samband med utskrivning av äldre personer från sjukhus under coronapandemins första våg. Med studien vill vi fånga upp erfarenheter och synpunkter från de aktörer som på olika sätt hanterat samverkan under pandemin. Syftet är att därigenom bidra med kunskap från den här unika perioden och ge stöd för stärkt lokal samverkan och framtida utvecklingsarbete.

Studien bygger på två datamaterial. Det ena är en enkät som gått ut till yrkesverksamma i södra Stockholms län. Det andra är dokumenterade möten inom ramen för Nestor FoU-centers Mötesplatser för lokal samverkan, som är fyra geografiskt indelade samverkansforum i södra länet.

Nestor
Forskning och utveckling för äldre

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16