



FoU SJUHÄRAD  
VÄLFÄRD

## Utvärdering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg – Delrapport 1

---

Margareta Carlén  
Sara Esbjörnson  
Mikael Löfström



HÖGSKOLAN I BORÅS  
VETENSKAP FÖR PROFESION



*Författare*

Margareta Carlén

Sara Esbjörnson

Mikael Löfström

© Författarna

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport,  
helt eller delvis, är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.





## Innehållsförteckning

Om utvärderingens utgångspunkter.....	2
Utvärderingens inriktning.....	2
Resultat för brukarna .....	2
Implementering av Närvårdssamverkan.....	3
Gränsproblematik vid samverkan .....	3
Utvärderingens frågeställningar och syfte .....	4
Utvärderingens genomförande .....	5
Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan .....	5
Enkätstudien.....	6
Närvårdsområdenas samverkansproblematik .....	7
Redovisning av delstudiernas resultat.....	8
Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan .....	8
Närvårdssamverkan – övre ledningsstruktur .....	11
Närvårdsområdenas ledningsgrupper.....	17
Sammanfattningsvis .....	21
Enkätstudien .....	22
Hört talas om Närvårdssamverkan tidigare.....	22
Västra Götalandsregionen .....	23
Kommuner .....	24
Kännedom om Närvårdssamverkan.....	26
Förväntningar på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg .....	28
Förutsättningar för Närvårdssamverkan.....	31
Hinder för Närvårdssamverkan .....	34
Sammanfattningsvis .....	37
Närvårdsområdenas samverkansproblematik .....	38
När sker samverkan? .....	39
Svårigheter i samverkan.....	40
Vad kan göras bättre?.....	43
Sammanfattningsvis .....	46
Gemensam avslutande diskussion.....	47
Förväntningar och upplevda hinder för Närvårdssamverkan.....	47
Sociala kontakter .....	48
Börja underifrån .....	49
Kopplingen mellan Närvårdssamverkan och hemorganisationer .....	49
Beslutsstrukturen .....	50
Bilaga 1. Metod för delstudie B	
Bilaga 2. Sammanställningar närvårdssamverkan	
Bilaga 3. Enkät om implementeringen av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	





## Om utvärderingens utgångspunkter

Närvårdssamverkan har sin direkta början i de planer om samverkan kring vård och omsorg som företrädare för Västra Götalandsregionen och kommunerna i området Södra Älvsborg började utveckla 2007. Dessa planer tog efterhand form av en struktur som benämns Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Den är geografiskt avgränsad och inbegriper de vård- och omsorgsformer som tillhandahålls av de offentliga och privata huvudmännen inom detta område. Från kommunernas sida riktar sig insatserna till medborgare som är i behov av sociala insatser, omsorg och vård. Västra Götalandsregionens insatser handlar om hälso- och sjukvård med primärvården som en central del. Närvårdssamverkan uppstår när någon av huvudmännens ingående verksamheter har ett behov av att samverka med någon av de andra huvudmännen.

Det är i detta sammanhang som en struktur för Närvårdssamverkan skapas med syfte att främja och stödja samverkan mellan regionen och kommunerna. Närvårdssamverkan ska ge möjligheter att utveckla gemensamma stödprocesser och vårdprogram för de målgrupper som har behov av att huvudmännen samverkar kring vård- och omsorgsinsatser. Målet för Närvårdssamverkan är att medborgare ska uppleva insatser som en helhet utan gränser och med effektivt utnyttjande av gemensamma resurser.

För ändamålet skapades en ledningsstruktur på politisk nivå och på förvaltningsnivå som ska främja och leda samverkan mellan kommunerna och regionen på den operativa verksamhetsnivån. Varje kommun är ett närvårdsområde och utgör basen för samverkan kring olika målgrupper. För Närvårdssamverkan Södra Älvsborg bildades ett politiskt samrådsorgan med uppdrag att föra dialog kring gemensamma närvårdsfrågor. Som stöd för samverkan inrättades även ett närvårdskansli med syfte att koordinera, stödja, förbereda, delta och följa upp Närvårdssamverkan. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg startade våren 2011.

## Utvärderingens inriktning

Närvårdssamverkan har som främsta syfte att öka nyttan för brukarna av de olika välfärdstjänsterna genom att främja koordineringen mellan kommunernas och regionens verksamheter i området. Det medför att man genom Närvårdssamverkan etablerar specifika forum för samverkan utöver den samverkan som förväntas ske i den operativa verksamheten. Dessa samverkansforum medför nya gränssnitt för ledningsstrukturen liksom en ökad förväntan på koordinering av den operativa verksamheten. Det som karakteriserar satsningen på Närvårdssamverkan är således samverkan mellan olika politiska beslutsrum, förvaltningsledning och operativa verksamheter med stöd av ett administrativt kansli. Det gör att utvärderingen kommer att uppmärksamma tre områden: resultatet för brukarna, implementeringen av satsningen och den inrättade ledningsstrukturen. Dessa tre områden kommer att beröras i denna delrapport, men kommer på grund av att utvärderingen inte är mer än halvvägs i sitt genomförande ge en begränsad kunskap om införandet av Närvårdssamverkan.

## Resultat för brukarna

Närvårdssamverkan startades med huvudsyfte att främja välbefinnande och hälsa för medborgarna i närvårdsområdet. Det innebär att det finns en förväntan på att implementering av reformen ska leda till att man i verksamheter som habilitering, omsorg, primärvård, sjukhusvård, skola (främst elevvård) och socialtjänst ska kunna påvisa ett resultat. Ett resultat som framför allt ska komma de

brukare som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region till godo. Exempel på målgrupper som särskilt uppmärksammas i satsningen är: barn och unga med en utsatt situation, äldre multisjuka och multiviktande, personer med psykisk ohälsa, personer med funktionsnedsättning och personer med behov av vård i livets slutskede.

Närvårdssamverkan syftar till att brukare i målgrupperna inte ska uppleva gränsdragningar mellan huvudmännen och den vård- och omsorgsprocess som erbjuds till dem. Utvärderingen har därför som avsikt att identifiera signifikanta strukturer och processer som är centrala för uppmärksammade målgrupper med syfte att studera på vilket sätt de påverkas av implementeringen av Närvårdssamverkan. Intressant blir därför att undersöka resultat ur brukarperspektiv genom att studera delvis nya arbetsformer och mer samordnade rutiner som framträder med anledning av införandet av Närvårdssamverkan. Däremot är det inte möjligt att inom den tidshorisont som gäller för utvärderingen studera effekterna av implementeringen i bemärkelsen vilken skillnad Närvårdssamverkan medför för berörda brukare.

### Implementering av Närvårdssamverkan

Implementering av Närvårdssamverkan sker bland annat genom upprättande av stöd- och ledningsstrukturer med syfte att befärma och stödja närvårdssamverkan inom närvårdsområdena på lokal nivå och övergripande inom delregionen Södra Älvsborg. Det ska möjliggöra utveckling av samordning av gemensamma insatser inom alla de aktuella verksamhetsområdena såsom habilitering, omsorg, primärvård, sjukhusvård, skola – elevvård och socialtjänst.

Inrättandet av ett närvårdskansli med funktionen att stödja och koordinera Närvårdssamverkan är en central del av implementeringen. Det gäller även upprättandet av närvårdsområden och konstituerandet av de olika politiska och tjänstemannamässiga styrorganen för Närvårdssamverkan. Kansliet och styrorganen är en del av den nya organiseringen av närvårdssamverkan och utvärderingen studerar därför hur upprättande och införande av dessa sker. Det blir därför centralt för utvärderingen att närmare studera vilken roll kansliet tillsammans med styrorganen har för det gränsöverskridande arbete.

När det gäller den operativa verksamheten kommer även chefer på flera nivåer hos huvudmännen ha en avgörande roll som ansvariga för implementeringen av Närvårdssamverkan i den egna verksamheten. Även professionerna kommer som utförare av verksamheten att spela en roll vid implementeringen av samarbetsformer och vid förändrade arbetsmetoder. Det gör det intressant för utvärderingen att titta på hur organiseringen av närvårdssamverkan sker, vilken roll cheferna tar vid införandet och hur den professionella autonomin balanseras mot ökad integration mellan professionerna.

### Gränsproblematik vid samverkan

Närvårdssamverkan är ett försök att hantera gränsdragningsproblematiken mellan olika huvudmän och deras operativa verksamheter, vilket i första hand berör den samverkan som förväntas ske mellan kommun och region inom varje närvårdsområde. Men eftersom Närvårdssamverkan är en gemensam satsning så har samverkan även att hantera det kommunala självstyret. För samverkan innebär självstyret framför allt att det finns ett gränssnitt mellan alla de i Närvårdssamverkan ingående kommunerna och regionen, men även mellan de olika närvårdsområdena. Inom de kommuner och den del av regionen som ingår i Närvårdssamverkan finns också flera olika förvaltningar och verksamhetsgrenar, vilket ger ytterligare gränssnitt för samverkan. Inom ramen för

detta sker möten mellan olika verksamheter och därmed mellan olika yrkesgrupper och professioner i det att olika målgrupper har behov av kontakt med flera verksamheter och professioner.

Problematiken präglas av ett behov att öka integrationen mellan beslutsfattande, genomförande och kunskapsutveckling i de olika verksamheterna. En ökad integration medför att de befintliga gränserna som konstituerar huvudmännens strukturer och ledningssystem utmanas, vilket även gäller gränser för professionernas kompetens, normer och värderingar. Det blir därför intressant att studera vilka befintliga gränser som utmanas, på vilket sätt och av vilken anledning. Men det blir även viktigt att studera vilka nya gränser som konstrueras och på vilket sätt det sker.

## Utvärderingens frågeställningar och syfte

En nästan självklar frågeställning när en utvärdering planeras för att bedöma en insats av något slag är; har den planerade förändringen uppnåtts? I det här fallet om implementeringen av närvårdssamverkan har åstadkommit en ökad samverkan och därmed uppfyllt sitt mål. Det är en klassisk utvärderingsfråga och en angelägen fråga inte minst för politiker, chefer och ansvariga för Närvårdssamverkan. Frågan utgår från ett planeringstänkande där man förutsätter att förändringar kan designas. Tydliga mål och en klar design är alltså villkor för att kunna besvara frågan. När det gäller Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg, och en övervägande del av förändringssatsningar i allmänhet, kan det trots försök att formulera tydliga mål och designa förändringar vara ett alltför komplext genomförande för att reducera bedömningen till fråga om måluppfyllelse.

Vid utvärderingen av Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg är svaren på frågan om satsningen nått sina mål inte tillräckligt. Närvårdssamverkan innehåller införande av en ny stöd- och ledningsstruktur som designats för att vara gränsöverskridande samtidigt som det finns en förväntan på att den operativa verksamheten ska arbeta mer gränsöverskridande. Med gränsöverskridande avses i det här fallet över organisatoriska gränser och över professioners gränser. Detta är dock inte målet med implementeringen utan framför allt är gränsöverskridandet ett medel för att medborgarna ska erhålla kvalitativt god omsorg och vård oavsett gränser för huvudmannaskap och profession. Den mest intressanta frågeställningen behandlar därför inte frågan om implementeringen har skett utan hur implementeringen sker, hur Närvårdssamverkan tas emot i de operativa verksamheterna och på vilket sätt Närvårdssamverkan bidrar till att öka koordinering mellan huvudmän och professioner vid genomförande av vård och omsorg. Utvärderingen utgår således ifrån en öppnare tankefigur än den som planeringstänkandet och designorienterade teorier tillåter; vad har förändrats till följd av satsningen? Detta vägleder utvärderingen med följande frågeställningar

- I vilken utsträckning utvecklas gemensamma stödprocesser, vårdprogram och rutiner samt hur går detta till?
- På vilket sätt ökar nyttan för de brukare som har flera verksamhetskontakter?
- På vilket sätt ger Närvårdssamverkan Södra Älvsborg möjlighet till samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna avseende genomförande av vård och omsorg till medborgarna?
- Vilka är de framträdande svårigheterna med att implementera Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg?

Syftet med utvärderingen är att följa och beskriva uppbyggnaden av Närvårdssamverkan och att värdera resultatet av Närvårdssamverkan efter tre år. Det medför att utvärderingen genomförs med en såväl formativ som en summativ ansats. Utvärderingen kommer därför att såväl gå i dia-

log med de som medverkar i Närvårdssamverkan för att delge resultat – vilket delrapporten är ett uttryck för – som att bedöma satsningens kvaliteter efter de tre första åren. I anslutning till redovisningen av varje delstudie beskrivs samtidigt syftet med respektive studie.

## **Utvärderingens genomförande**

Utvärderingen genomförs i form av tre delstudier. Vi kommer därför beskriva genomförandet för de tre delstudierna var för sig.

### **Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan**

Huvudfrågan för delstudien är: på vilket sätt kansliets inrättande, etablering av närvårdsområden, referens- och utvecklingsråd, styrgrupp, politiskt samrådsorgan etcetera medverkar till ökad samverkan. För att undersöka detta har vi i denna delstudie framför allt närmast oss ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan. Ledningsstrukturen består av ett politiskt forum för beslutsfattande som kallas för Delregionalt politiskt samrådsorgan, en styrgrupp av tjänstemän (förvaltningschefer) och 10 Närvårdsområden samt tre utvecklingsråd. Utöver detta finns det ett kansli med bland annat koordinatörer för Närvårdssamverkan.

De olika grupperna har studerats genom deras dokumentation, intervjuer och observationer. När det gäller dokumentationen är det framför allt mötesprotokoll/minnesanteckningar och för detta görs ett schema för att analysera dessa för de olika grupperna. Syftet med att analysera dokumentationen är att se vilka ärenden som behandlas, hur ärenden förs ut i organisationerna, vilka beslut som fattas och vilka beslut som följs upp. Det är även av intresse att identifiera närvaron bland ledamöterna i respektive grupp/råd.

Intervjuerna har varit semistrukturerade för att de inte helt ska styras av respondenternas grupptillhörighet till exempelvis närvårdsområde (se bilaga X). Syftet med intervjuerna är att få ledamöternas synpunkter på hur respektive grupp/råd fungerar som samtalsforum och beslutsforum. Vad de anser om hur gruppen/rådet fungerar och vilken syn de har på sin funktion i den samma samt på vilket sätt de bidrar till att införa Närvårdssamverkan och samverkan mellan de olika parterna. Intervjuerna har spelats in och transkriberats i sin helhet. Varje intervju har tagit ca 60 minuter att genomföra. Bearbetningen och analysen av intervjuerna har skett med samma utgångspunkt som i delstudien av närvårdsområdena, det vill säga det är det som sägs i intervjuerna som leder till tematisering vid analysen.

För observationerna har det centrala varit att få en närmare kunskap om hur de olika mötena genomförs främst som ett komplement till intervjuerna och analysen av mötesprotokollen. För hela studien har det planerats för att genomföra cirka 50 intervjuer fördelade mellan de olika grupperna. Det innebär, förutom intervjuer med representanter från det delregionala politiska samrådet, styrgruppen och kansliet, har det planerats tre intervjuer med representanter från ledningsgrupperna för närvårdsområdena samt utvecklingsråden. Det har inom ramen för delrapporten skett 10 intervjuer med respondenter från delregionala politiska samrådet, styrgruppen, kansliet, närvårdsområde Borås och Alingsås samt utvecklingsråden för psykisk ohälsa och äldre. Därutöver har observationer genomförts av möten för delregionala politiska samrådet, styrgruppen, ledningsgruppen för Borås och Bollebygd samt utvecklingsråd för äldre. Styrgruppen observeras kontinuerligt vid vartannat möte. Underlaget för denna delrapport består således av tio semistrukturerade intervjuer, 5 observationer, 71 protokoll.

## Enkätstudien<sup>1</sup>

Syftet med delstudie var att se hur långt implementeringen av Närvårdssamverkan hade nått under våren 2012. Framför allt handlade det om att ta reda på vilken kännedom om och vilka förväntningar på Närvårdssamvekan som fanns i den operativa verksamheten inom både regionens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg. Tanken var att göra ett brett urval och en omfattande materialinsamling.

Delstudien genomfördes i form av en webbenkät som skickades ut i början av mars 2012. Det gick ut ett e-postmeddelande som innehöll kort information om målgrupp, syfte med enkäten, kontaktuppgifter vid frågor samt en länk till webbenkäten som respondenten kunde klicka på för att lämna sitt svar. Enkäten inleddes med ytterligare information om undersökningen samt hur enkäten skulle fyllas i. I enkäten utgjorde bakgrundsfrågor, om respondenten hört talas om Närvårdssamverkan tidigare samt frågor kring implementeringen av Närvårdssamverkan tre huvudområden. De respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan fick besvara påståenden som handlade om implementeringen av Närvårdssamverkan, som i sin tur var indelade i fyra områden. Dessa var kännedom om och förväntningar på Närvårdssamverkan, samt förutsättningar och svårigheter för Närvårdssamverkan. Det tog ungefär tio minuter att fylla i enkäten och det fanns möjlighet att ta paus i ifyllandet och återkomma vid ett annat tillfälle. Två påminnelser skickades ut, där den första gick påminnelsen gick ut efter 13 dagar och den andra efter ytterligare 12 dagar.

Urvalsprocessen för att få fram deltagare till webbenkätundersökningen skedde i fyra steg:

1. Att kartlägga var vårdssamverkan sker i större utsträckning inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar.
2. Att göra ett ungefärligt 40 % urval av kartlagda verksamheter, som skulle ingå i undersökningen. Urval av verksamheter skedde, med några få undantag<sup>2</sup>, slumpmässigt genom lottnings.
3. Att identifiera professioner inom utvalda verksamheter och identifiera befintliga chefsnivåer.
4. Att kontakta chefer inom utvalda verksamheter för att få fram e-postadresser till utvald personal samt till chefer.

Totalt skickades 1598<sup>3</sup> webbenkäter ut till chefer och medarbetare där 966 var anställda inom Västra Götalandsregionen, 599 var anställda i en kommun och 33 var anställda på en privat vårdcentral. Av det totala antalet utskickade enkäter besvarades 913, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 57 %. I tabellen nedan framgår antal som valdes ut och som besvarade enkäten samt svarsfrekvens, dels totalt för hela undersökningen och dels uppdelat på region, kommuner och privata vårdcentraler.

Tabell 1. Svarsfrekvens för webbenkätundersökningen.

---

<sup>1</sup> En mer detaljerad beskrivning av hur delstudien genomfördes finns som bilaga. Där framgår också hur svarsfrekvensen fördelas mellan olika verksamhetsområden.

<sup>2</sup> Undantagen återfinns i bilaga med metod för delstudien.

<sup>3</sup> Det egentliga antalet utskickade enkäter var 1607. Vid analys av bakgrundsfrågor visade det sig att nio personer ej tillhörde utvalda yrkesgrupper för att ingå i studien, varpå de plockades bort från resultatdel.

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	599	429	72 %
Västra Götalandsregionen	966	472	49 %
Privat vårdcentral	33	12	36 %
Totalt för enkätundersökningen	1598	913	57 %

Kommunanställda besvarade enkäten i störst utsträckning och andelen svarande var 72 %. Ungefär hälften (49 %) av dem som fick enkäten inom Västra Götalandsregionen och ungefär en tredjedel (36 %) av dem anställda på en privat vårdcentral besvarade enkäten. Här framgår också att av 913 inkomna svar, kom ungefär hälften (429 svar) från kommunanställda och ungefär hälften (472 svar) från regionanställda. Viktigt att notera i sammanhanget är att antalet svarande från privata vårdcentraler endast bestod av 12 personer och utgjorde en så liten del att det inte går att dra några slutsatser i resultaten kring denna grupp. En mer detaljerad beskrivning av hur delstudien genomfördes finns som bilaga. Där framgår också hur svarsfrekvensen fördelades mellan olika verksamhetsområden.

### Närvårdsområdenas samverkansproblematik

Delstudien syftar till att studera hur närvårdssamverkan etableras och konstitueras i de operativa verksamheterna inom såväl kommuner som region. Studien är kvalitativ. Det innebär att vissa krav som ställs på en kvantitativ studie inte är relevanta. Intervjupersonerna är t ex inte slumpmässigt utvalda och det som framkommer kan inte generaliseras på det sätt som görs i en kvantitativ studie. Det intressanta är alltså inte att under intervjuerna ta fram sådant som gäller hela populationen utan istället lyfta fram den variation av aspekter som framkommer under intervjuerna.

Urvalet av intervjupersoner gör alltså inte anspråk på representativitet. Istället skulle det kunna beskrivas som ett bekvämlighetsurval. Genom kontakter med chefer på enhets- och förvaltningsnivå har vi fått hjälp med ett urval av personer som i sitt dagliga arbete samverkar med kommun respektive regionen. I vissa fall kan även urvalet beskrivas som ett snöbollsurval vilket innebär att en intervjuperson har tipsat om en annan.

Den här delrapporten grundar sig på 19 intervjuer varav tio har genomförts med regionens anställda, framförallt sjuksköterskor, men även mentalskötare och enhetschefer. Inom kommunen har handläggare, sjuksköterskor och enhetschefer intervjuats.

Intervjuerna kan i huvudsak beskrivas som semistrukturerade med fasta frågor men där intervjupersonerna getts möjlighet till utvecklingar. Därmed har det även getts möjlighet att ställa följdfrågor utifrån det som framkommit under intervjun. I vissa fall kan intervjuerna mer beskrivas som samtal och tagit en mer ostrukturerad form. Som intervjuare har vi då förhållit oss tämligen fria från intervjumanualen och istället låtit intervjupersonerna styra samtalet i större utsträckning. Genom intervjuns lösa struktur har det då även funnits möjlighet att stämma av sådant som varit framträdande under tidigare intervjuer. På det sättet har även vissa intervjupersoner till viss del även bidragit med analys. Varje intervju har tagit ca en timme. Intervjuerna har spelats in på band och sedan transkriberats ordagrant i sin helhet.

Bearbetningen av intervjuerna har varit induktiv vilket innebär att det inte funnits någon på förhand definierad teori eller modell att utgå ifrån utan det är snarare det som sagts under intervjuerna som varit utgångspunkten vid tematisering och analys.

## Redovisning av delstudiernas resultat

I den här delrapporten redovisas det inledande arbetet av Närvårdssamverkan och de förväntningar som finns inledningsvis på Närvårdssamverkan. I varje avsnitt redovisas resultatet för de tre delstudierna. Enkätstudien ska genomföras vid två tillfällen och det är resultatet från det första tillfället som redovisas. De andra två studierna pågår och där redovisas därför ett resultat så långt de har kommit. En fullständig redovisning av resultatet sker i slutrapporten som kommer april 2014.

### Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan

Närvårdssamverkan utgår från en politisk överenskommelse mellan huvudmännen som är Västra Götalandsregionen och Alingsås, Bollebygd, Borås, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn och Vårgårda. Överenskommelsen finns beskriven i inriktningsdokumentet för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2010 -2014. Utifrån denna överenskommelse finns beslut om uppdrag och arbetsordning med syfte att skapa en struktur för att genomföra Närvårdssamverkan.<sup>4</sup> Strukturen syftar till att säkerställa att Närvårdssamverkan Södra Älvsborg genomförs på såväl politisk- och förvaltningsnivå som i den operativa verksamheten.

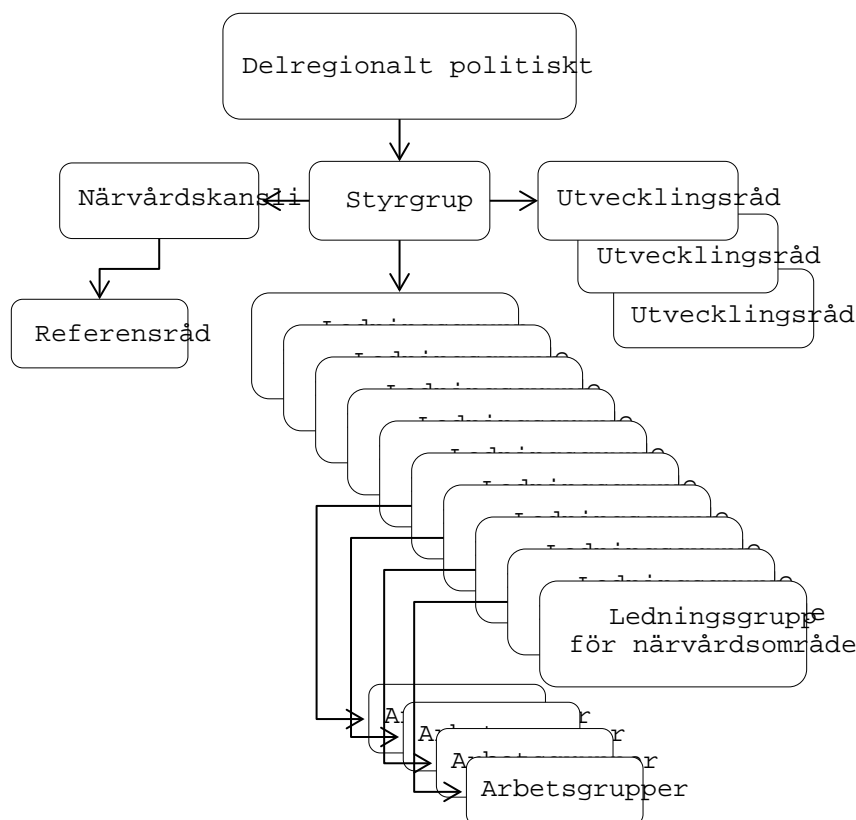
Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är indelat i närvårdsområden som motsvarar de medverkande kommunernas geografiska indelning. Dessa närvårdsområden utgör basen för samverkan mellan huvudmännens verksamheter och professionella utövare. Inom närvårdsområdena planeras för en samverkan på såväl strategisk och operativ nivå.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är organiserat enligt figuren nedan som visar att det har inrättats såväl en politisk som en tjänstemannamässig beslutsnivå. Det som kommer beskrivas närmare här är inrättandet av Delregionalt politiskt samråd (DPS), styrgrupp och ledningsgrupper för närvårdsområdena.

---

<sup>4</sup> Uppdrag och Arbetsordning (uppdaterad 2011-05-17)

Figur 1. Planerad organisering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



Till stöd för ledningsstrukturen inrättades på övergripande nivå professionella grupper såsom utvecklingsråden och referensråd. Utvecklingsråden har som syfte att uppmärksamma kvalitets- och utvecklingsbehov av verksamheten som inte är begränsad till närvårdsområdena. Utvecklingsråden kopplas till de målgrupper som särskilt uppmärksammas i Närvårdssamverkan. Det finns tre utvecklingsråd anknutna till barn och unga vuxna i utsatta situationer, äldre multisjuka och multiviktande och personer med psykisk ohälsa. Det planeras även för nya utvecklingsråd med koppling till målgrupper för Närvårdssamverkan. Referensrådet har till uppgift att bistå Närvårdskansliet med kompetens och verksamhetsanknytning. Rådet är sammansatt av professionella företrädare från närvårdsområden. De har ansvar för tre arbetsgrupper: samordnad vård- och omsorgsplanering, hjälpmedel och avvikelser vid vårdssamverkan.

Det är en omfattande struktur för samverkan som har och ska implementeras. Det gör, trots ett förarbete som ledde fram till tydliga instruktioner om arbetsordningen, att det kräver en betydande arbetsinsats från många aktörer för att få denna samverkansstruktur på plats. Det första året som Närvårdssamverkan har varit igång har i huvudsak handlat om att få den nya strukturen på plats.

*Man kan nog tycka i det här första skedet till den nya organisationen att vi har tappat en del avseende samverkansklimate eller fart i utvecklingsarbetet. Där så att säga styrformen, ledformen och det formalistiska i hur organisationen ska bli har tagit väldigt mycket utav kraften från verkligt görande. Det bygger väldigt mycket på att ledningsgrupperingar, de*



*kommunvisa ledningsgrupperingarna greppar frågorna. Det har ju inte skett ännu eller marginellt på olika nivå från kommun till kommun. Alltså vi tappar mycket fart under den här perioden. (repr. Styrgruppen)*

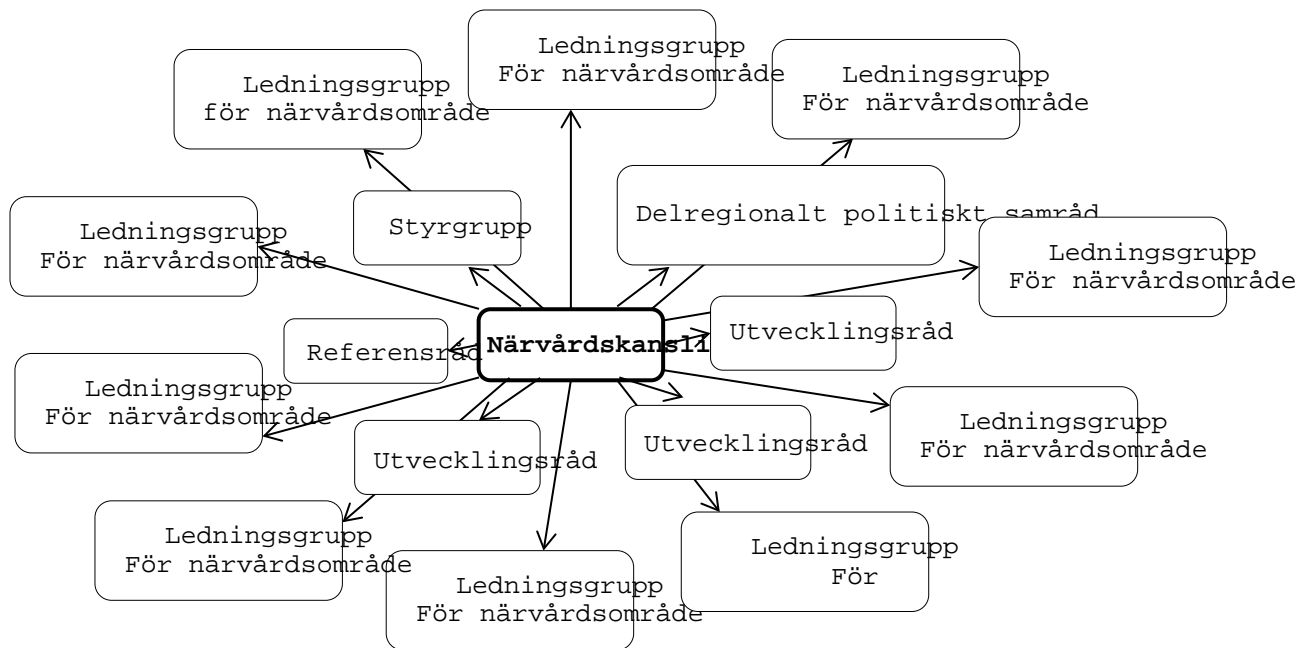
Det har inneburit att mycket uppmärksamhet har ägnats åt den formella organisationen och hur den ska fungera. Det finns en del farhågor kring att en avsevärd tid ägnas åt att få igång den formella strukturen och så lite av tiden till att få till en samverkan på den operativa nivån. Den nya organisationen för samverkan har också inneburit att en del av det utvecklingsarbete som tidigare har skett mer fristående eller självständigt nu har fått en tydligare organisation där styrgruppen är det forum som hanterar såväl beslut som finansiering för hur samverkan ska utvecklas.

Trots att det finns beskrivet i en del dokument om hur Närvårdssamverkan ska organiseras har närvårdskansliet fungerat som en viktig resurs för att leda detta arbete. Medarbetarna på kansliet har inte bara inneburit ett stöd för styrgruppen utan för hela närvårdsorganisationen, vilket återkommande nämns av företrädare för såväl styrgruppen som ledningsgrupperna för närvårdsområdena.

*Jag tycker det är ett utmärkt samarbete med kansliet. Det fungerar bra med kansliet som är öppna för att tänka om och att hitta förbättringsåtgärder på olika sätt. De har gjort ett bra jobb, alltså fått väldig ordning på struktur och deras roll är ju, det är mycket spindeln i nätet och det är också att se till att de har berett alla frågor ordentligt till styrgruppen men också att de är med ute i de lokala ledningsgrupperna och säkrar organisationen. Sedan har de ju tagit på sig mycket också att vara, alltså det här med schemat och underlätta för, kan man säga, alla andra som är med. (repr. Styrgruppen)*

Närvårdskansliet har således inneburit ett stöd för hela närvårdsorganisationen. Genom att de medverkar i de olika mötena som pågår inom Närvårdssamverkan har de blivit bärare av beslut och information. De har också presenterat förslag på hur såväl styrgrupp som de lokala ledningsgrupperna kan lägga upp arbetet genom att presentera en mötesstruktur för alla grupperingar. Det finns dock en baksida med kansliets centrala roll som är åskådliggjord i figur 2.

Figur 2. Reell organisering av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



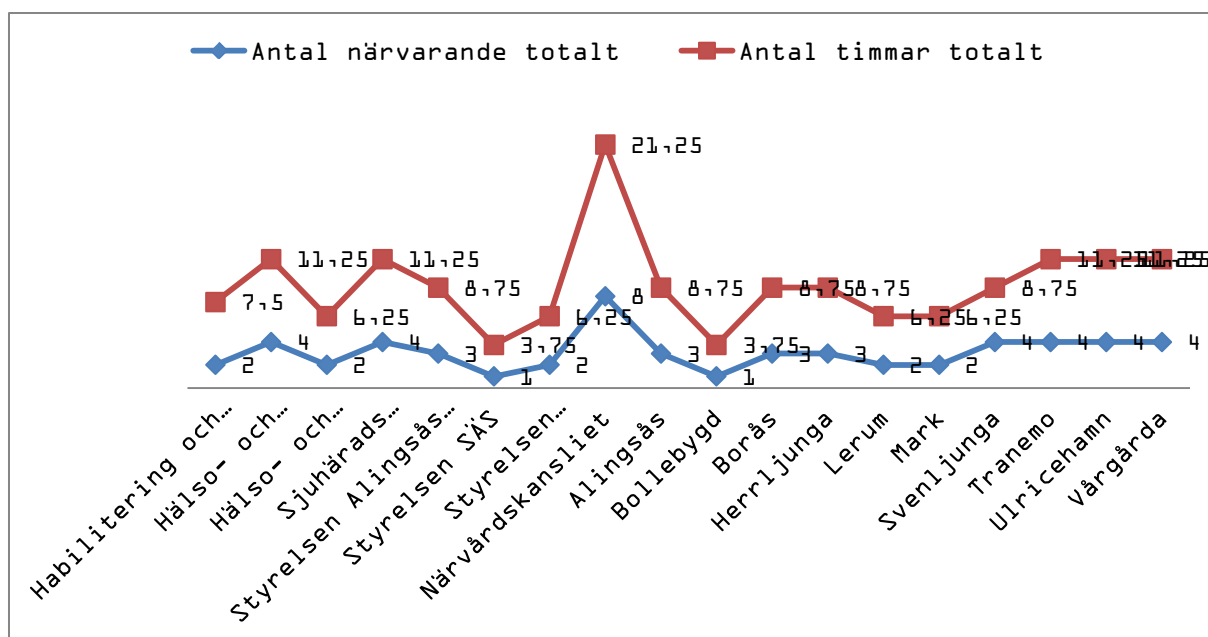
Vad figuren visar är, till skillnad från figur 1, en mer reell beskrivning av hur Närvårdssamverkan är organiserad. Kansliet har kommit att bli navet i Närvårdssamverkan genom att koordinatörerna blir de främsta kunskapsbärarna av vad som händer i Närvårdssamverkan genom att de såväl förbereder som medverkar i alla möten och därmed för kunskap om beslut och diskussioner mellan dessa möten. Kansliets dominerande roll kan leda till att de olika representanterna i de skilda grupperna förlitar sig på koordinatörerna på kansliet i en utsträckning som innebär att de själva inte fullt ut tar ansvar för Närvårdssamverkan.

### Närvårdssamverkan – övre ledningsstruktur

Ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan är organiserad i ett antal beslutsorgan. För den politiska nivån finns det ett delregionalt politiskt samråd som syftar till att tillgodose medborgarnas och patienternas behov av närvårdssamverkan. Samrådet representeras av politiker från hälso- och sjukvårdsnämnd 6 och 8, Habilitering och hälsa, Sjuhärad's kommunalförbund, styrelsen för Alingsås lasarett och för Södra Älvsborgs sjukhus, Primärvården Södra Älvsborg samt politiker från kommunerna.

I diagrammet nedan framgår hur många representanter som varit med vid de fyra möten i DPS som varit under den första perioden, det vill säga fram till och med juni 2012. Representationen har till stor del varit jämnt fördelad mellan de olika organisationer som medverkar. Det är några skillnader som framträder. Den ena är att närvårdskansliets personal har en sammanlagd hög närvaro vid mötena. De har den högsta representationen, vilket innebär att nästan hela personalgruppen från kansliet närvarar vid dessa möten. Den andra skillnaden som framträder är att några organisationer har en låg representation. Här utmärker sig framför allt SÄS och Bollebygd.

Diagram 1. Antal närvarande vid möten för delregionalt politiskt samråd



Det finns dock en tydlig tendens som framgår av tabellen. Första mötet hade hög närvaro, det vill säga alla organisationer var representerade. Undantaget var Habilitering och hälsa som inte var inbjudna. Därefter var det flera organisationers representanter som uteblev vid de efterföljande mötena.

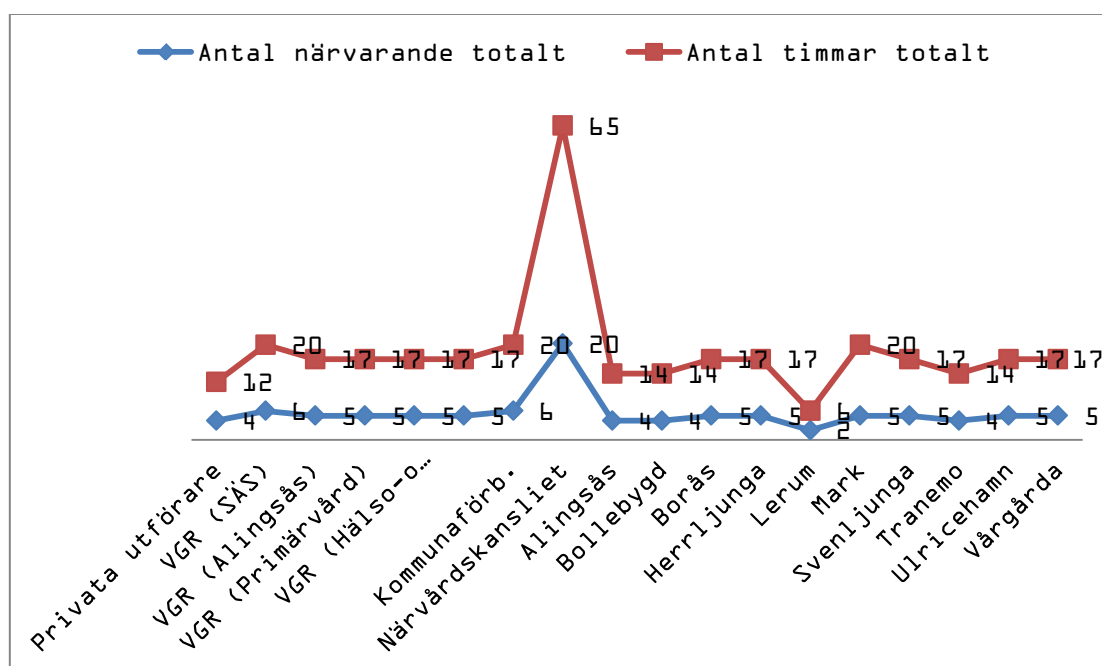
Tabell 2. Antal närvarande vid de olika mötena för delregionalt politiskt samråd

Närvarande aktörer	11-mar-11	05-maj-11	15-nov-11	27-apr-12
Habilitering och hälsa	0	1	1	1
Hälso- och sjukvårdsnämnd 6	1	1	1	1
Hälso- och sjukvårdsnämnd 8	1	0	1	0
Sjuhärads Kommunalförbund	1	1	1	1
Styrelsen Alingsås Lasarett	1	1	1	0
Styrelsen SÄS	1	0	0	0
Styrelsen Primärvården Södra Älvsborg	1	1	0	0
Närvårdskansliet	1	1	3	3
Alingsås	1	1	0	1
Bollebygd	1	0	0	0
Borås	1	1	1	0
Herrljunga	1	1	1	0
Lerum	1	0	1	0
Mark	1	0	1	0
Svenljunga	1	1	1	0
Tranemo	1	1	1	1
Ulricehamn	1	1	1	1
Värgårda	1	1	1	1
<b>Totalt</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>10</b>

Det som gör att det inte syns så tydligt på totalt antal närvarande är att kansliets personal har stor närvaro. Mellan första mötet och det fjärde mötet så har den politiska närvaron mer än halverats på dessa möten.

På tjänstemannanivån är styrgruppen för Närvårdssamverkan ansvarig för de övergripande strategiska samverkansfrågorna. Styrgruppen ska initiera, leda och följa upp samverkansfrågor inom närvårdssamverkan, vilket innebär att ledamöterna förväntas ha mandat att fatta beslut i frågor som rör verksamheten. Styrgruppen består av förvaltningschefer från alla kommunerna, en verksamhetschef för vårdcentraler i privat regi, en tjänsteman från Sjuhärads kommunalförbund och chefen för Närvårdskansliet. Utöver det en förvaltningschef från vardera Primärvården, Alingsås lasarett, Södra Älvsborgs sjukhus, Habilitering och Hälsa, Hälsa- och sjukvårdskansliet Borås.

Diagram 2. Antal närvarande vid möten för styrgruppen



Diagrammet visar närvaron vid styrgruppens möten under den första perioden, det vill säga fram till och med juni 2012. Representationen har i till stor del varit jämnt fördelad mellan de olika organisationer som medverkar. Det är även för styrgruppen några skillnader som framträder. Den ena är att närvårdskansliets personal har en sammanlagd hög närvaro vid mötena. De har den högsta representationen, vilket innebär är att hela personalgruppen från kansliet närvarar vid dessa möten. Den andra skillnaden som framträder är att en organisation har låg representation och det är Lerum som endast medverkat vid två tillfällen.

Vid inrättandet av styrgruppen utsågs de olika aktörernas representanter med hänsyn till den egna linjeorganisationen för att tillse att de har mandat att agera och fatta beslut i frågor som rör den egna organisationen och dess samverkan med övriga aktörer. Intervjuerna visar således att det inte förekommit någon större diskussion hos de olika aktörerna och det har samtidigt varit relativt oproblematiskt att utse representanter då det har blivit en del av representanternas chefsuppdrag.

*Jag tror att kommunen har haft en ganska... just att bemanna upp styrgruppen har varit ganska enkelt, alltså då tänker jag den stora styrgruppen, det har varit ganska enkelt för det har varit förvaltningschefen som har representerat något av de här förvaltningsområdena, oftast vård- och omsorgschefer. Regionen, nja då blev det inte riktigt klart hur man skulle representeras för att hitta rätt nivå där. De får ju de svara på men jag tror att de har haft mer diskussioner kring representationen och de har ju inte samma hierarkiska struktur heller. I det här med kommunalförbunden och andra hur deras representation ska se ut har varit, ja det känns att det har varit lite nomineringsbekymmer här och där. (repr. Styrgruppen)*

Däremot har det kanske inte varit helt självklart vilka som ska representera regionen, vilket gäller framför allt primärvården beroende på den omorganisation som skett där under den inledande fasen i Närvårdssamverkan. Det har även funnits en diskussion om och hur kommunalförbundet ska finnas med som representant i styrgruppen. Utöver detta uppfattas det som svårt att få med representanter från de privata utförarna, vilket inte främst ses som ett uttryck för ointresse utan snarare svårigheten att finna former för hur de ska ha en gemensam representation.

Det framkommer vid intervjuerna att det finns en del funderingar kring styrgruppens arbete och mötesstruktur samt hur man ska få den att fungera som en styrgrupp. Det finns en svårighet att få till en mer stabil arbetsform när gruppen inte träffas mer än fyra gånger per år samtidigt så är det ingen som ger uttryck för att de vill att styrgruppen ska träffas oftare. Anledning är att det är svårt att få utrymme för det i redan pressade almanackor och styrgruppen har ännu inte avlastat något tidigare arbetet utan har snarare ökat arbetsinsatsen för de som sitter med i detta forum.

*Jag tycker kanske inte att vi som grupp då har diskuterat hur vi som styrgrupp ska arbeta. Jag kan tycka, alltså det är alltid det där hur mycket tid man ska ägna åt någonting, jag skulle väl kunna tänka mig att vi hade behövt lite mer tid som grupp att forma oss som styrgrupp och diskutera vilket arbetssätt vi ska ha, vilken är vår roll i detta. Jag vet att vi har pratat om vi inte ha en heldag någon gång för att ha detta, men det har vi inte haft... det är alltid det där alltså man har inte tid själv egentligen. (repr. Styrgruppen)*

Styrgruppen anses vara ett viktigt fora för att föra fram centrala frågor, diskutera dem och fatta beslut. Ledamöterna i styrgruppen har möjlighet att föreslå ärenden som ska tas upp. Samtidigt har det funnits svårigheter för alla ledamöter i styrgruppen att omfamna alla de frågor som behandlas i styrgruppen. När områden behandlas som inte berör alla eller bara några av ledamöterna så krävs mer information än vad som sker i vanliga fall vid beslutsärenden för att frågorna ska uppfattas som viktiga och engagera. Det gör att ledamöterna anser att det är viktigt att bli informerade. På samma gång tenderar stora delar av styrgruppsmötena att behandla information från olika projekt som, även om de är intressanta och viktiga, innebär allt för mycket allmän information som inte leder till någon tydlig beslutspunkt. Detta anses vara en svår balansgång.

För att bereda styrgruppens möten så har man inrättat ett AU som består av styrgruppens ordförande och vice ordförande tillsammans med personalen från närvårdskansliet. Vid dessa möten sker bedömning av de ärenden som inkommit och om de ska behandlas i styrgruppen samt om de finns frågor som styrgruppen behöver fatta beslut om. AU diskuterar även på vilket sätt sammankopplingen mellan styrgruppen och övriga grupperingar som till exempel utvecklingsråden ska ske på bästa sätt. Det är dock inte helt klart för ledamöterna i styrgruppen hur arbetet mellan AU och styrgrupp kopplas samman.

*Vi sa ju till exempel så här att då för att det inte ska bli så tungt så ska arbetsutskottet kunna fatta beslut och ha den möjligheten och sedan ska man kunna ta upp det i styrgruppen. Men i praktiken blir det ju väldigt svårt om de har fattat ett beslut som man inte tyckte. Ta till exempel om man fattar ett känsligt beslut. Det är inte så lätt att diskutera det i den stora gruppen, hur beslutet gick till och varför gjorde ni så och hur kom det sig. Det passar sig inte i en sådan mötesform som styrgruppen har. Så jag kan tänka mig att om det skulle bli, men det visar väl sig också, om man tar många obekväma eller be-*

*slut som inte merparten är med på då tappar ju lite gruppen kraft om vi inte diskuterar hur... då lutar man ju sig mer tillbaka och säger nu får de sköta...*

AU kontra styrgruppen är således en balansgång mellan att bereda ärenden för styrgruppen för att få till en så smidig beslutsprocess som möjligt samtidigt som AU inte får uppfattas som särkopp-  
lad från styrgruppen så att dess ledamöter inte känner till eller gör sig främmande för de beslut som fattas där.

Ett annan viktig koppling för styrgruppen är den till hemorganisationerna. En del frågor fodrar på grund av sin praktiska karaktär eller på grund av att de kräver förankring i hemorganisationerna att de diskuteras på hemmaplan innan beslut fattas av styrgruppen. Trots att detta uppfattas som en nödvändig del av beslutsfattandet bidrar det samtidigt till att beslutsprocessen drar ut på tiden. Det har bland annat sin upprinnelse i att styrgruppen inte har fler än fyra möten per år. Denna problematik finns även när det gäller implementering av fattade beslut, men även vad gäller information och diskussioner om angelägna frågor som behöver återföras antingen till hemorganisationen eller till närvårdsområdenas ledningsgrupper.

*Ja tanken är ju att vi som sitter i styrgruppen åtar oss, alltså kommer vi överens om någonting så har vi åtagit oss att föra hem det till kommunen eller sjukhuset och se till att genomföra det. Sedan hur det ser ut det vet inte jag, i kommunerna, men de har ju det uppdraget och ofta är det ju någon ordförande i någon av förvaltningarna på kommunen och då får ju de gå hem och se till att det blir av. (repr. Styrgruppen)*

Det fanns dock en osäkerhet på hur väl detta fungerar, men det framhölls genomgående i intervjuerna att detta är en central process för att få Närvårdssamverkan att fungera. Återkopplingen till såväl ledningsgrupper som till hemorganisationernas verksamheter behövs om samverkan ska fungera. Här lyfte man i intervjuerna fram även kontakten med de olika utvecklingsråden samt de lokala arbetsgrupperna som finns i kommunerna inom olika verksamhetsområdena. Hela den processen behöver fungera om Närvårdssamverkan ska ge ett mervärde för klienter, patienter, brukare etcetera.

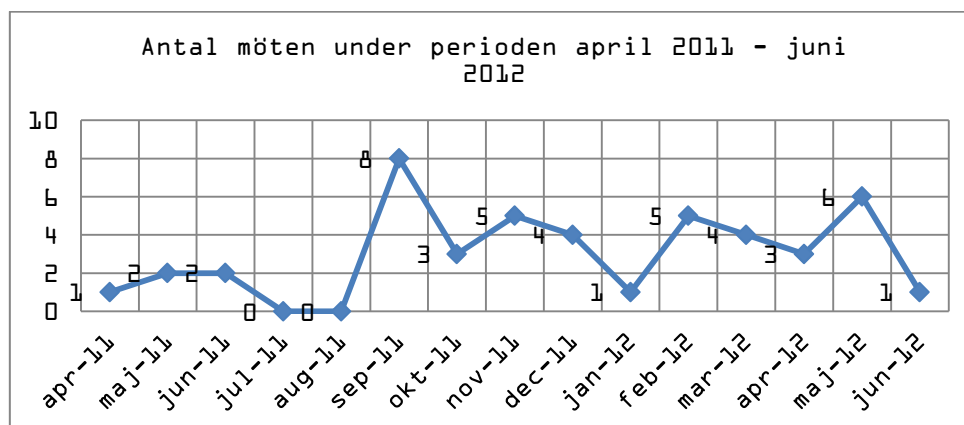
*Jag tycker faktiskt det har blivit lite bättre. Vi hade en del utkast på organisationen men jag tycker nu i, så som det ser ut idag med en styrgrupp, en politisk överbyggnad och lokala närvårdsområden, så tycker jag att det har blivit ganska bra. Det som är, det är en väldigt stor tjänstemannastyrgrupp, den är ju väldigt stor och det blir väldigt mycket information och väldigt övergripande och det är klart att det visste jag om att det måste få bli så istället för... så att den här lokala ledningsgruppen och närvårdssamverkan lokalt... den blir ju väldigt viktig för att det ska bli någon verkstad. (repr. Styrgruppen)*

Kopplingen till den lokala nivån är således central och det uppfattades också som avgörande att ledningsgrupperna för de olika närvårdsområdena kommer igång och fungerar som det var tänkt. I den initiala fasen av Närvårdssamverkan har de inte mer än kommit igång och påbörjat ett arbete. De skiljer sig åt mellan de olika närvårdsområdena hur intensivt arbetet har varit, men ledningsgruppernas arbete har dock startat i alla närvårdsområden.

## Närvårdsområdenas ledningsgrupper

Varje närvårdsområde ska ha en ledningsgrupp vars sammansättning finns beskriven i dokumentet Uppdrag och arbetsordning. I den framgår att varje närvårdsområde ska ha en ledningsgrupp som består av representanter från huvudmännen för Närvårdssamverkans aktuella verksamheter. Representanterna ska ha mandat att fatta beslut och de ska tillsammans i ledningsgruppen samordna den närvårdssamverkan som sker lokalt. De ska sammanträda minst fyra gånger per år och ordförande ska vara en representant från någon av kommunerna. Utöver det ska det finnas två representanter från kommun från något av områdena vård, skola, omsorg och socialtjänst. Primärvården ska vara representerad. När det gäller representanter från sjukhusen verksamheter, habilitering samt folkhälsosamordnare kallas de vid behov, men minst en gång per år. Närvårdskoordinatorn från kansliet är adjungerad. Ytterligare representanter kan tillkomma om ledning finner det angeläget.

Diagram 3. De tio närvårdsområdenas mötesmönster

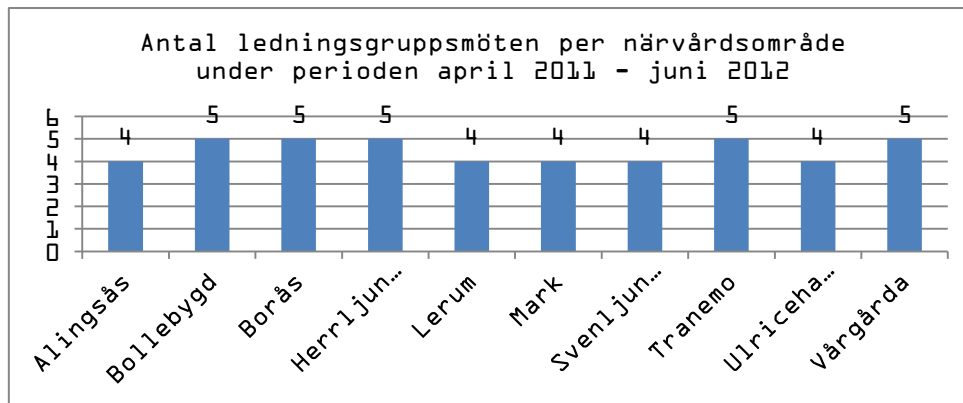


Det första mötet genomfördes i april 2011 för Närvårdsområde Borås och under starten fram till sommaren 2011 genomfördes några få ledningsgruppsmöten för att därefter ta ordentlig fart. I september 2011 hade flertalet ledningsgrupper möten och det får generellt ses som själva starten för närvårdsområdenas ledningsgrupper.

Efter det att ledningsgruppernas arbete har kommit igång och blivit mer frekvent så framträder att det är framför allt i samband med årsskiftet och sommarledigheten som mötesaktiviteten blir lägre. Vid en närmare granskning av fördelningen av möten mellan de olika närvårdsområdena så har alla uppfyllt kraven på att genomföra minst fyra möten per ledningsgrupp och år. Det gäller framför allt om starten för arbetet sätts till augusti 2011.

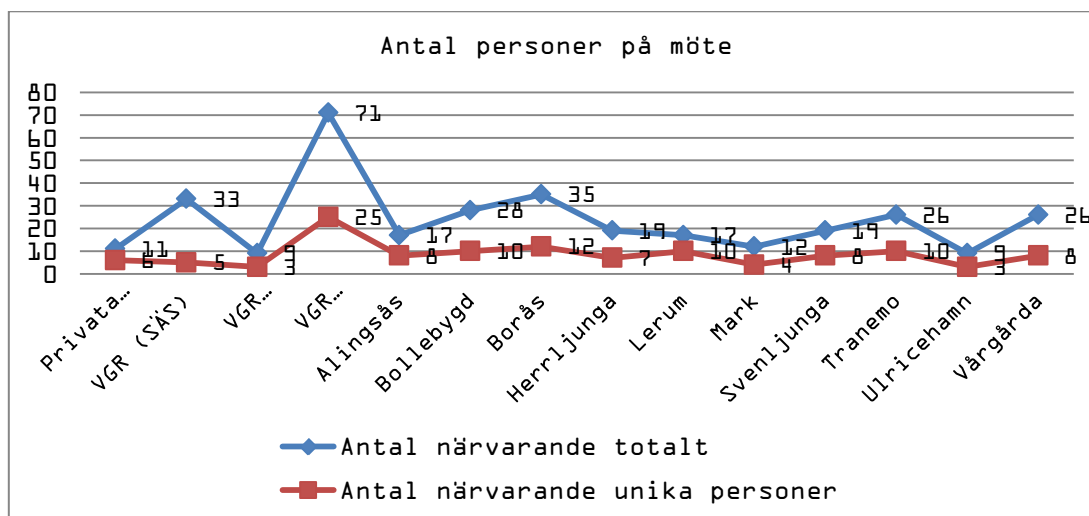
Diagram 4. Antal ledningsgruppsmöten för varje närvårdsområde





Av de närvårdsområden som hunnit med fem möten genomförde alla, med undantag från Bollebygd, det första mötet våren 2011. Det innebär att nästan alla närvårdsområden valde att ha minsta möjliga antal ledningsgruppsmöten under det första verksamhetsåret. Det kanske inte är så konstigt med tanke på att även ett mindre antal möten kräver en arbetsinsats utöver den som funnits innan Närvårdssamverkan.

Diagram 5. Antal personer på ledningsgruppsmöten för varje närvårdsområde

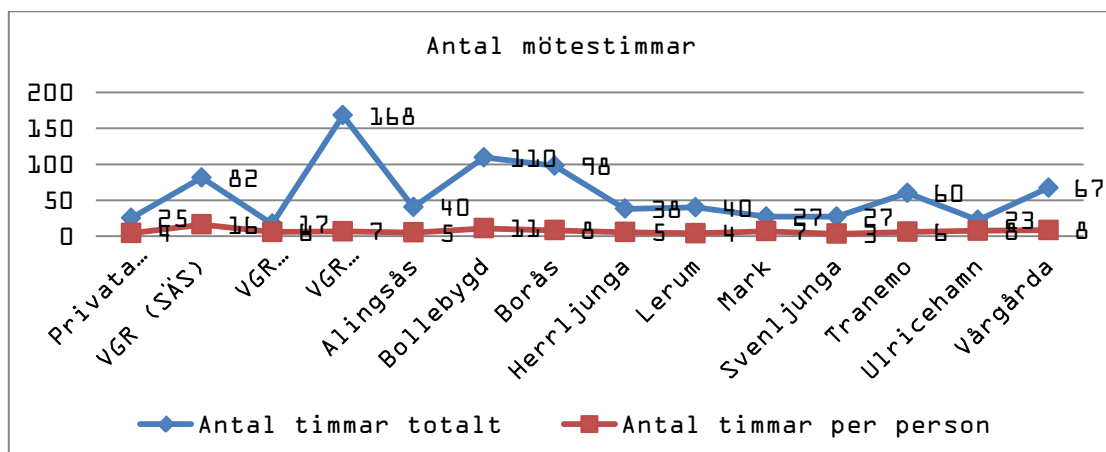


\* Med unika person avses att personen endast räknas en gång oavsett antal möten.

En närmare granskning av hur många personer som varit närvarande på dessa möten visar att det i snitt deltog 7 personer på varje möte. Det har som minst varit 4 personer på ett möte och som flest 13 personer. Antalet unika personer som representerade kommunerna vid ledningsgruppsmötena skiljer sig åt något mellan kommunerna. Det är från 3 personer upp till 12 unika personer. Skillnader grundar sig på att vissa närvårdsområden har ledningsgrupper med en något större representation från kommunen, men framför allt kommer sig skillnaden av att en del ledningsgrupper har ett större antal adjungerade personer. När det gäller privata utförare så är det endast 6 unika personer och det är endast Alingsås och Ulricehamns närvårdsområden som har en återkommande representation i ledningsgruppen av privata utförare. Utöver det finns det privata utförare i Mark och Borås men där finns ingen representant för de privata utförarna.

Det visar sig också att primärvården har 25 unika personer som fanns med i de olika ledningsgrupperna. Det stora antalet beror på att de valde att ha en representation i ledningsgruppen från den eller de vårdcentraler som finns i närvårdsområdet. Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) valde däremot att representeras med färre antal personer i alla ledningsgrupper för Närvårdssamverkan.

Diagram 6. Antal mötestimmar för närvårdsområdenas ledningsgrupper

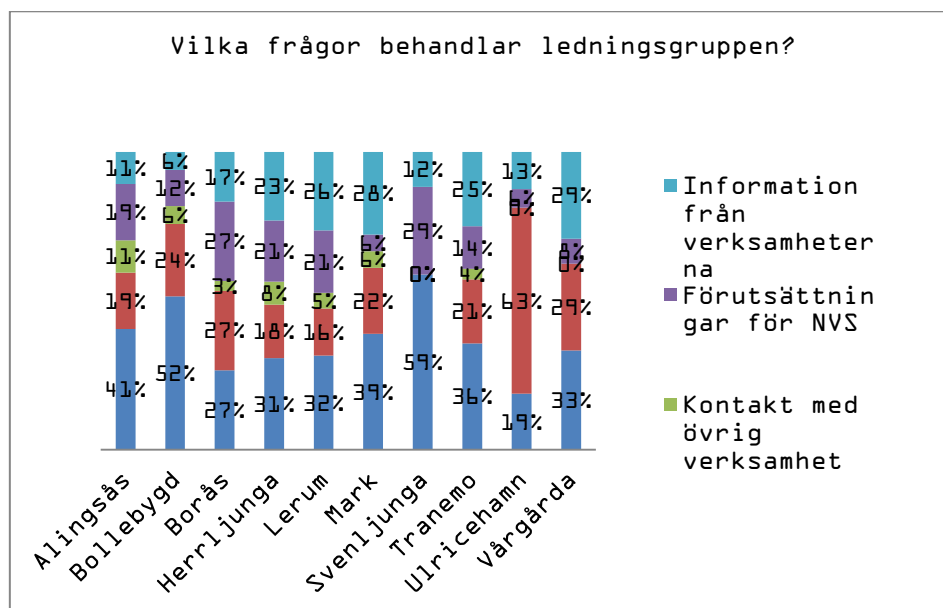


\*Det totala antalet mötestimmar är framräknat genom att multiplicera det totala antalet personer som medverkat vid respektive ledningsgrupps möten med det totala antalet mötestimmar.

När det gäller hur mycket arbetstid som dessa möten tagit i anspråk, vilket endast avser den faktiska mötestiden är en utgångspunkt att de flesta möten pågick cirka 2 till 2,5 timmar. De kortaste var 1,5 timme och det längsta 7 timmar. Totalt var antalet mötestimmar lite olika fördelat. När det gäller kommunerna så har framför allt Bollebygd och Borås ett stort antal timmar totalt. När det gäller Bollebygd så beror det på att man hade ett heldagsmöte och när det gäller Borås så beror det på att kommunen har ett stort antal deltagare på ledningsgruppsmötena. Den aktör som lägger ner mest timmar på ledningsgruppsmöten är den offentligt genomförda primärvården, men fördelar detta på ett större antal personer vilket gör att antalet timmar per person blir 7 timmar. Det är i princip på samma nivå som för kommunerna. När det gäller SÄS arbetsinsats är den totalt 82 timmar, vilket inte är speciellt anmärkningsvärt. Däremot är det få personer som gör dessa timmar, vilket ger en genomsnittlig tid per person på 16 timmar. Det är betydligt mer timmar per person än vad övriga aktörer har.

Hela det först året som ledningsgrupperna har varit i gång har i stort sett handlat om att klargöra uppdraget, utveckla arbetsformer för ledningsgruppen tillika samverkansformer för närvårdsområdet i stort.

Diagram 7. Vilka frågor behandlar ledningsgrupperna?



I ett försök att kategorisera de områden som behandlades i ledningsgrupperna är det tydligt att de frågor som togs upp rör framför allt ledningsgruppens interna arbete eller hur arbetet i närvårdsområdet ska organiseras. När det gäller ledningsgruppens interna arbete var en av de mest återkommande diskussionerna om hur representationen ska se ut, det vill säga vilka personer som ska vara med i ledningsgruppen. Andra frågor var hur ofta och när ledningsgruppen ska träffas och framför allt hur beslutsfattande ska ske i ledningsgruppen och föras ut i närvårdsområdet. Därefter var det frågor om vilka arbetsgrupper som finns eller behöver startas i närvårdsområdet samt vilka samverkansformer som redan finns i området. Det senare har varit en del av ledningsgruppernas utredningar för att få beskrivningar av hur nuläget är avseende samverkansformer i respektive närvårdsområde.

### Sammanfattningsvis

Ett antal faktorer är mer framträdande än andra när det gäller den första perioden för Närvårdssamverkan. En faktor är att en omfattande ledningsstruktur har introducerats. Det har inneburit att mycket uppmärksamhet har ägnats åt den formella organisationen och hur den ska fungera. Det är samtidigt få av de som intervjuats av sitter i olika grupper såsom styrgrupp eller ledningsgrupp för närvårdsområdena som är helt nöjda med hur mötena genomförs och fungerar. De flesta anser att mer tid behöver ägnas åt möteskultur och att utveckla styrgruppens/ledningsgruppens sätt att fungera under mötena så att de blir mer av en gemensam styrfunktion. Ett problem är att de träffas så sällan så att de inte hinner lära känna varandra. Samtidigt är uppfattningen att det är svårt att lägga ner mer tid på denna typ av möten då den ordinarie verksamheten tar mycket tid i anspråk.

En annan faktor är att det delregionala politiska samrådet under den inledande perioden tenderat att ha en stor frånvaro från representanterna. Den uppfattas också ha en oklar roll i närvårdsorganisationen. Det går inte att påvisa att dessa två faktorer har med varandra att göra, det vill säga att representanterna uteblir i brist på ett tydligt mandat att styra eller fatta beslut om

närvårdsorganisationen. Däremot framgår det att olika tjänstemän i närvårdsorganisationen inte ser vilken roll det delregionala politiska samrådet har för närvårdsorganisationen.

En tredje faktor är kansliets bärande roll. De är såväl uttolkar av ursprungliga intentionerna som att de medverkar till att initiera planer och målsättningar för de olika beslutsgrupperna. Närvårdskansliet har varit ett stöd för hela närvårdsorganisationen genom att de i princip medverkar i alla möten. Samtidigt är frågan om kansliet får en allt för stor roll. Hur mycket kommer tjänstemännen på kansliet påverka utvecklingen av Närvårdssamverkan och finns det en risk att de olika grupperna i ledningsstrukturen blir allt för beroende av kansliet för att kunna genomföra sitt uppdrag.

En fjärde faktor är att en central del av styrgruppens funktion är att representanterna har en dialog med sina hemorganisationer för att kunna föra in ärenden i styrgruppen och föra med sig ärenden från styrgruppen. Hur det fungerar är inte helt klart. Det verkar finnas en svårighet eller tröghet i att få igång en fungerande process hur ärendehantering ska fungera horisontellt mellan Närvårdssamverkan och hemorganisationerna. Det finns liksom en oklarhet för olika företrädare i ledningsstrukturen för Närvårdssamverkan om hur de olika grupperingarna som styrgrupp, utvecklingsråd, ledningsgrupper etcetera hänger samman och på vilket sätt ärendegången sker för att få till stånd samverkan ute i närvårdsområdena.

En femte faktor är att det har varit svårt att hitta en helt optimal ledningsstruktur då de samverkande huvudmännen är så olika till storlekt och organisation. Lösningen med tematiska möten för att bland annat möjliggöra närvaron från verksamhetsföreträdare har fungerat, men frågan är om den fungerar i längden. Det medför att representationen från SÄS i närvårdsområdenas ledningsgrupper har burits av några få personer.

## Enkätstudien

### Hört talas om Närvårdssamverkan tidigare

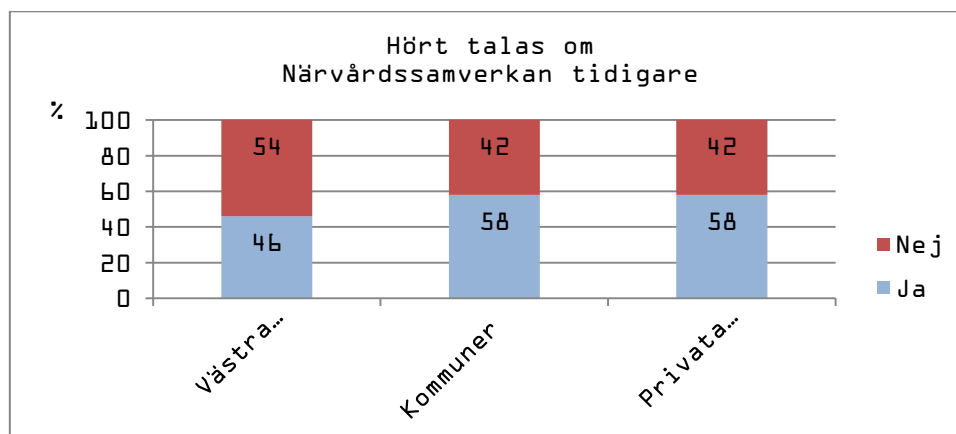
Enkätundersökningen var ämnad att framför allt undersöka vilken kännedom och vilka förväntningar som finns på Närvårdssamverkan. För att göra detta var det nödvändigt att först ta reda på vilka respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare, då endast deras uppfattning om ledningsstrukturen var intressanta. De som inte hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare gavs inte möjligheten att besvara påståenden som rörde implementeringen av ledningsstrukturen. Av dem som svarade på enkäten hade 467 personer (51 %) hört talas om Närvårdssamverkan tidigare, medan 441 (49 %) inte hade det<sup>5</sup>. Av cheferna var det 86 % som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare, medan motsvarande andel för medarbetare var 46 %.

I diagram 8 återfinns andel respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare och andel som inte hade det, fördelat på arbetsgivarna Västra Götalandsregionen, kommuner och privata utförare. Till privata utförare räknades enbart utförare inom primärvården, det vill säga privata vårdcentraler.

---

<sup>5</sup> 5 personer besvarade ej frågan.

Diagram 8. Andel som hade hört talas om Närvårdssamverkan.



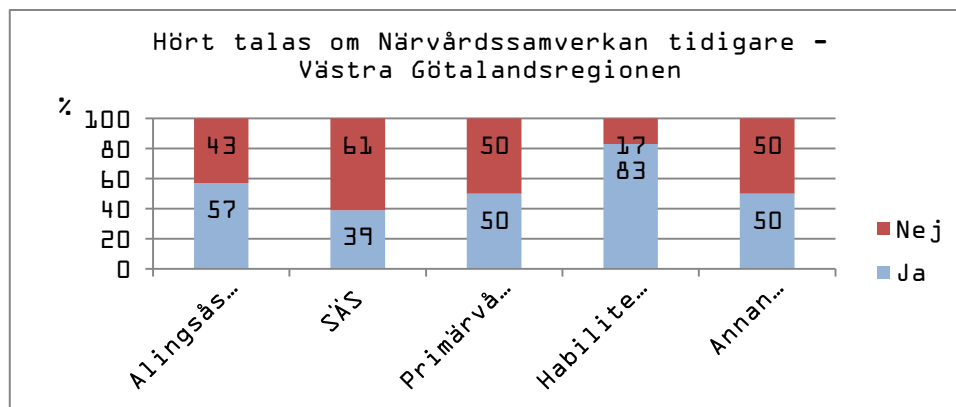
\*Privata utförare endast vårdcentraler

Av dem inom Västra Götalandsregionen som besvarade enkäten hade 214, det vill säga mindre än hälften (46 %), hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. Mer än hälften av dem som besvarade enkäten och som var kommunanställda eller anställda på en privat vårdcentral hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. För kommunernas del rörde det sig om 246 personer (58 %) och för privata utförare om 7 personer (58 %). Underlaget för privata utförare var därmed för litet för att utgöra en egen grupp i analyser av resultat. Det innebär att jämförelser mellan huvudmän för påståenden kring implementeringen av Närvårdssamverkan enbart bygger på svar från kommun- och regionanställda, där de båda grupperna utgör ungefär lika stora delar.

### Västra Götalandsregionen

Nedan i diagrammet framgår hur stor andel som tidigare hade hört talas om Närvårdssamverkan och hur stor andel som inte hade det, fördelat på undersökta förvaltningar inom Västra Götalandsregionen. Undersökta förvaltningar i denna studie var Alingsås lasarett, Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), primärvård samt Habilitering och hälsa. I kategorin ”annan förvaltning” ingår sex personer, som av någon anledning inte kände sig hemma i någon av Västra Götalandsregionens nämnda förvaltningar.

Diagram 9. Andel som hade hört talas om Närvårdssamverkan inom Västra Götalandsregionen.



Av dem som besvarade enkäten visade det sig att mer än hälften av de anställda inom regionens samtliga förvaltningar, förutom inom SÄS (39 %), hade hört talas om NVS tidigare. Inom Habilitering och hälsa hade så många som 83 % hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. Antal respondenter som hört talas om Närvårdssamverkan tidigare för var och en av förvaltningarna, återfinns i tabell 3.

Tabell 3. Antal som hade hört talas om Närvårdssamverkan inom Västra Götalandsregionen.

	Alingsås lasarett	SÄS	Primärvård	Habilitering och hälsa	Annan förvaltning
Antal som hört talas om NVS tidigare	17	106	68	20	3

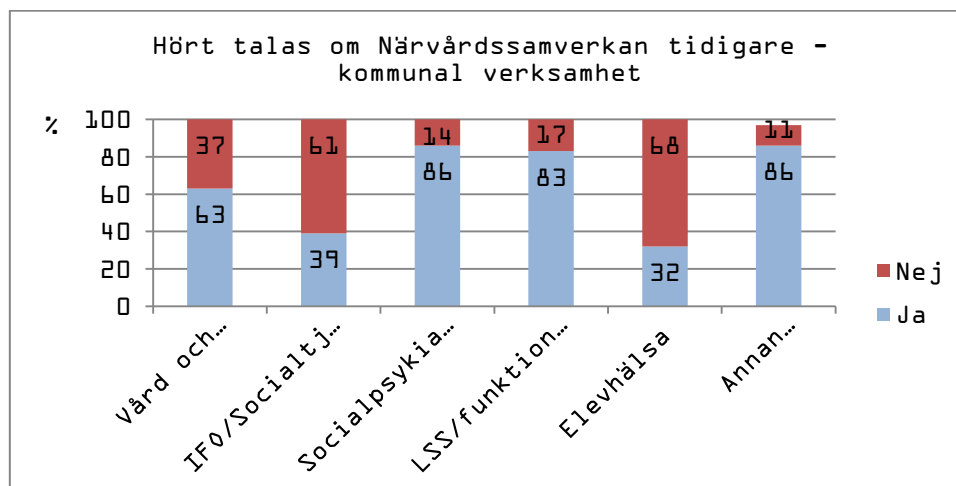
Antal personer som ingick i undersökningen skilde sig åt mellan förvaltningarna. Exempelvis var det betydligt fler respondenter från SÄS jämfört med andra förvaltningar, samtidigt som färre anställda på SÄS hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. Alingsås lasarett och Habilitering och hälsa utgjorde mindre enheter samtidigt som många hade hört talas om Närvårdssamverkan. Det kommer inte att göras några fler jämförelser mellan regionens förvaltningar i resultatdelen.

## Kommuner

I diagrammet nedan presenteras resultat för de 427 kommunanställda som besvarade enkäten, utifrån den kommunala verksamhet de var anställda inom<sup>6</sup>. Diagrammet åskådliggör hur stor andel inom respektive verksamhet som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. I kategorin ”annan verksamhet” ingick 26 personer som av någon anledning inte kände sig hemma i någon av kommunens nämnda verksamheter. Framförallt handlade det om personer med mer kommunövergripande ansvar eller personer som arbetade i två eller flera av nämnda verksamheter samtidigt.

Diagram 10. Andel som hade hört talas om Närvårdssamverkan inom kommunerna.

<sup>6</sup> Se urvalsprocess i bilaga metod för delstudie B.



Det visade sig att resultaten för de fem kommunverksamheterna varierade i stor utsträckning. Störst andel respondenter hade hört talas om Närvårdssamverkan inom socialpsykiatri (86 %), annan verksamhet (86 %) samt LSS/funktionshinder (83 %). Inom elevhälsa hade ungefär en tredjedel (32 %) av de svarande hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. Antal respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare för var och en av de kommunala verksamheterna, återfinns i tabell 4.

Tabell 4. Antal som hade hört talas om Närvårdssamverkan inom Västra Götalandsregionen.

	Vård/omsorg	IFO/Socialtj.	Socialpsykiatri	LSS/ Funktionshinder	Elevhälsa	Annan verksamhet
Antal som hört talas om NVS tidigare	156	26	6	15	18	23

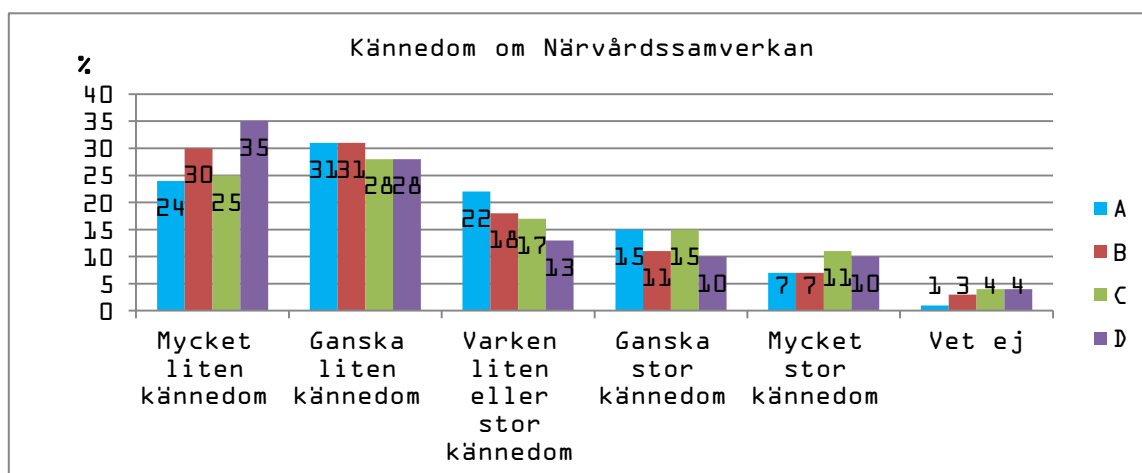
Vård och omsorg var den verksamhet som innehöll flest antal respondenter och här hade mer än hälften hört talas om Närvårdssamverkan. Socialpsykiatri och LSS/funktionshinder innehöll få respondenter och här hade mer än fyrafemtedelar hört talas om Närvårdssamverkan. Verksamheterna IFO/socialtjänst och elevhälsa innehöll också få respondenter, men här hade få hört talas om Närvårdssamverkan tidigare. Eftersom alla verksamheterna, utom Vård och omsorg, innehöll få respondenter är det inte möjligt att göra ytterligare jämförelser verksamheter emellan i resultatdelen.



## Kännedom om Närvårdssamverkan

Av dem som tidigare hört talas om Närvårdssamverkan hade merparten dålig kännedom om ledningsstrukturen. Det framgår i diagram 11, som visar procentuell fördelning över hur respondenterna svarade på de fyra påståendena som handlade om kännedom om Närvårdssamverkan.

Diagram 11. Kännedom om Närvårdssamverkan.<sup>7</sup>



Har kännedom om:

- Närvårdssamverkan Södra Älvsborg
- hur Närvårdssamverkan är organiserat
- vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas
- vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet

Mer än hälften av dem som hade hört talas om Närvårdssamverkan tidigare uppgav att de hade mycket liten eller ganska liten kännedom om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg (55 %), att de hade mycket liten eller ganska liten kännedom om hur ledningsstrukturen är organiserad (61 %) samt mycket liten eller ganska liten kännedom om vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas (53 %). Lägst kännedom hade de svarande om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet, där 63 % svarade att de hade ganska liten eller mycket liten kännedom. Att de svarande hade låg kännedom om Närvårdssamverkan åskådliggörs även i tabellen 5, där medelvärde för vart och ett av de fyra påståendena framgår.

Tabell 5. Medelvärden för påståenden om kännedom om Närvårdssamverkan.

Har kännedom om:	M	s
A. Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	2,48	1,20
B. hur Närvårdssamverkan är organiserat	2,32	1,23
C. vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas	2,55	1,33
D. vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det	2,28	1,32

<sup>7</sup> Bortfall fråga A=2, B=3, C=4, D=5

egna närvårdsområdet		
----------------------	--	--

Medelvärden och standardavvikelser för påståendena som handlade om kännedom om Närvårdssamverkan. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Då medelvärden för samtliga påståenden var relativt låga, visar resultaten på låg kännedom om Närvårdssamverkan. Lägst kännedom verkar finnas om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet.

Jämförelser<sup>8</sup> mellan respondenter från kommun och region kunde inte påvisa några skillnader för något av påståendena som handlade om kännedom om Närvårdssamverkan. Däremot kunde jämförelser mellan chefer och medarbetare påvisa signifikanta skillnader för samtliga fyra påståenden. Jämfört med medarbetare hade Chefer en större kännedom om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg  $t(460)=6,86, p<0,001$  och en större kännedom om hur Närvårdssamverkan är organiserat  $t(444)=9,63, p<0,001$ . Chefer hade även en större kännedom om vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas  $t(445)=7,80, <0,001$  samt en större kännedom om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet  $t(443)=8,87, <0,001$ . Tabell 6 visar chefers och medarbetares medelvärde och standardavvikelse för vart och ett av påståendena som rör kännedom om Närvårdssamverkans ledningsstruktur.

Tabell 6. Chefers och medarbetares medelvärden för påståenden om kännedom om Närvårdssamverkan.

	A		B		C		D	
	M	s	M	S	M	S	M	S
Chefer	3,15	1,24	3,15	1,31	3,38	1,37	3,20	1,47
Medarbetare	2,28	1,12	2,06	1,08	2,30	1,20	1,99	1,13

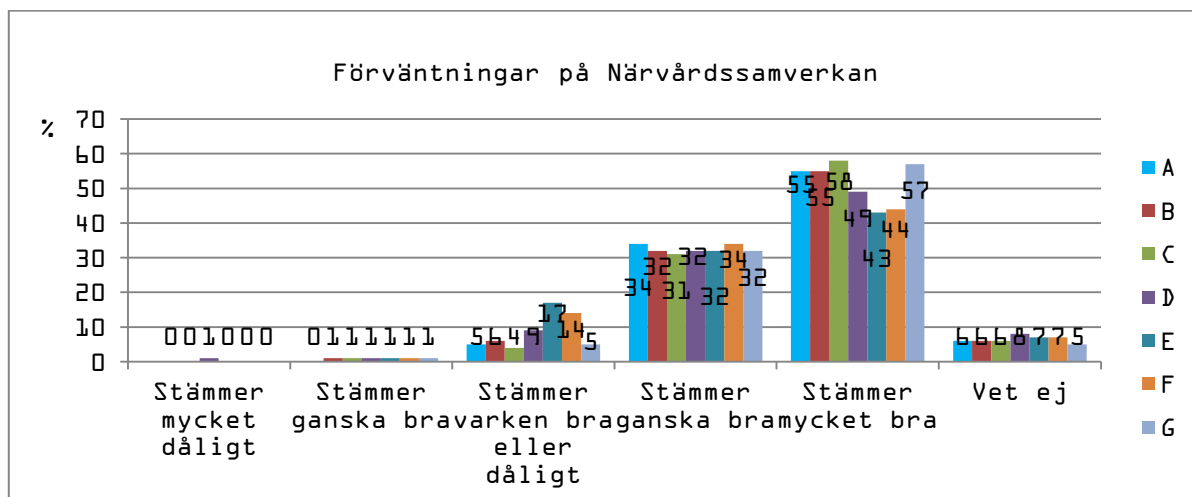
Chefers och medarbetares medelvärde (M) och standardavvikelse (s) för påståendena som handlade om kännedom om (A) Närvårdssamverkan Södra Älvsborg (B) hur Närvårdssamverkan är organiserat, (C) vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas samt (D) vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet. Ju högre medelvärde, desto högre kännedom om det som efterfrågas (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

<sup>8</sup> T-test av oberoende stickprov, tvåsidigt, där svarsalternativet ”vet ej” inte ingick i analysen.

## Förväntningar på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Enkätundersökningen syftade till att ta reda på om det fanns höga eller låga förväntningar på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Resultaten visar på att det generellt sett fanns höga förväntningar, vilket åskådliggörs i diagram 12. Här framgår att en stor andel av respondenter ansåg att påståendena stämde ganska bra eller mycket bra överens med den egna uppfattningen.

Diagram 12. Förväntningar på Närvårdssamverkan.<sup>9</sup>



Förväntningar att Närvårdssamverkan ska bidra till:

- bättre insatser för brukare
- att förtydliga kommunens och regionens ansvarsområden
- bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region
- ökad kvalitet i den egna verksamheten
- ökad kunskap om andra organisationer
- ökad kunskap om brukarnas behov
- att identifiera områden där det finns behov av ökad samverkan mellan kommun och region

För vart och ett av påståendena som handlade om förväntningar på Närvårdssamverkan blev fördelningen över svarsalternativen liknande. Här svarade minst trefjärdedelar att påståendet stämde ganska bra eller mycket bra överens med den egna uppfattningen. Högst förväntningar verkade det finnas på att Närvårdssamverkan ska bidra till bättre insatser för brukarna, bättre förutsättningar för samverkan mellan region och kommun samt bättre förutsättningar för att identifiera områden där det finns behov av ökad samverkan mellan kommun och region. Påståendet att Närvårdssamverkan kommer att bidra till ökad kunskap om andra organisationer uppvisade lägst förväntningar i denna undersökning. Trots detta svarade så många som trefjärdedelar att påståendet överensstämde ganska bra eller mycket bra med den egna uppfattningen, vilket antyder höga förväntningar. Att förväntningarna var höga på Närvårdssamverkan kan även illustreras med medelvärde för vart och ett av påståendena, vilket görs i följande tabell.

<sup>9</sup> Bortfall fråga A=14, B=15, C=14, D=15, E=16, F=17, G=13



Tabell 7. Medelvärden för påståenden om förväntningar på Närvårdssamverkan.

Förväntningar att Närvårdssamverkan ska bidra till:	M	S
A. bättre insatser för brukare	4,52	0,62
B. att förtydliga kommunens och regionens ansvarsområden	4,49	0,70
C. bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region	4,57	0,61
D. ökad kvalitet i den egna verksamheten	4,38	0,78
E. ökad kunskap om andra organisationer	4,26	0,80
F. ökad kunskap om brukarnas behov	4,28	0,79
G. att identifiera områden där det finns behov av ökad samverkan mellan kommun och region	4,52	0,65

Medelvärden och standaravvikelser för de påståenden som handlade om förväntningar på Närvårdssamverkan. Ju högre medelvärde, desto högre förväntningar (lägsta värde 1, högsta värde 5).

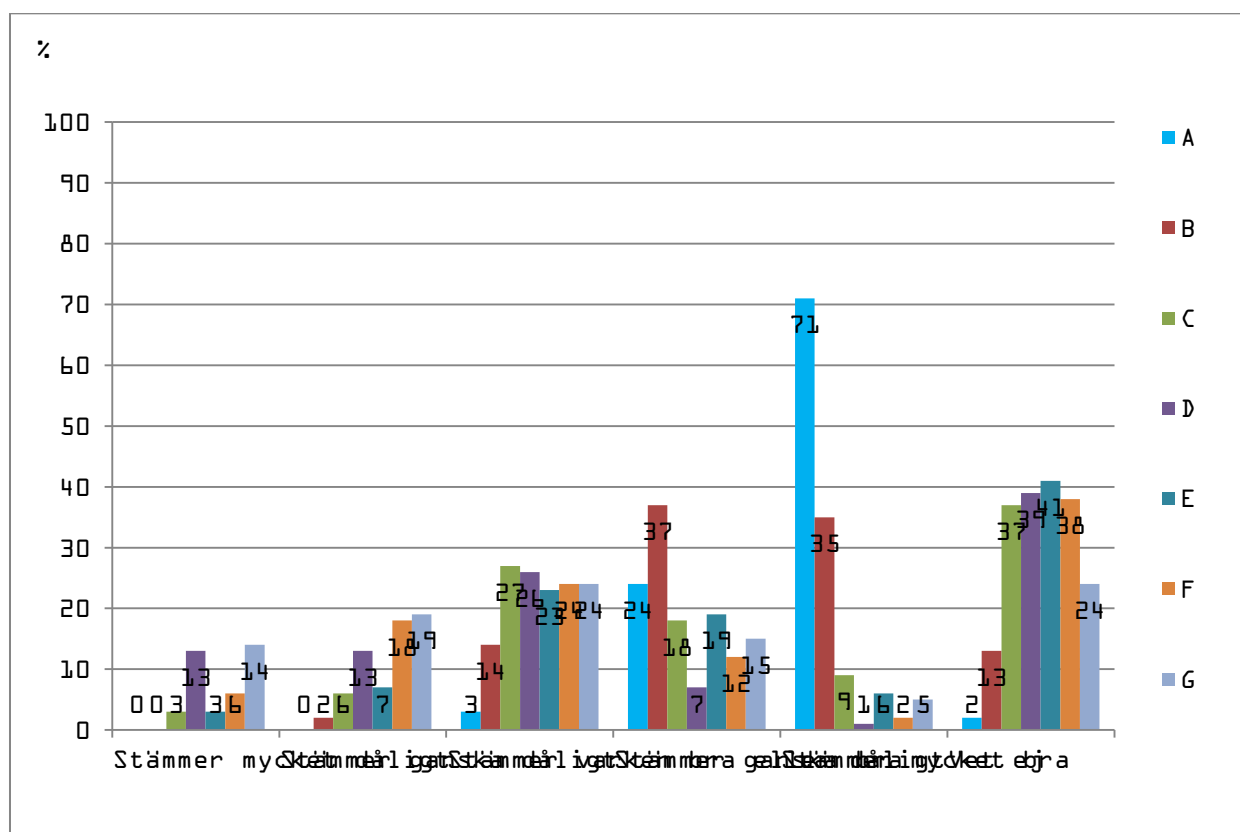
Medelvärden för samtliga påståenden antyder att förväntningarna på Närvårdssamverkan var höga. Högst förväntningar verkade det finnas på att Närvårdssamverkan ska bidra till bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region. Lägst förväntningar uppvisade påståendet att Närvårdssamverkan ska bidra till ökad kunskap om brukarnas behov, även om dessa förväntningar var fortsatt höga. Vid jämförelser<sup>10</sup> kunde denna undersökning inte påvisa några skillnader i upplevda förväntningar på Närvårdssamverkan, vare sig mellan kommun- och regionanställda eller mellan chefer och medarbetare. Samtliga verkade ha ungefär lika höga förväntningar på ledningsstrukturen.

<sup>10</sup> T-test av oberoende stickprov, tvåsidigt, där svarsalternativ ”vet ej” ej ingick i analys

## Förutsättningar för Närvårdssamverkan

Respondenterna fick svara på några påståenden som rörde förutsättningar för Närvårdssamverkan, där utgångspunkten var den egna verksamheten. Bland annat handlade det om förekomst av behov, motivation och resurser för att vårdssamverka i den egna verksamheten. Procentuell fördelning över hur respondenterna svarade på vart och ett av påståendena som handlade om förutsättningar, återfinns i diagram 13.

Diagram 13. Förutsättningar för Närvårdssamverkan.<sup>11</sup>



I den egna verksamheten:

- A. finns behov samverkan mellan kommun och region.
- B. finns motivation att arbeta med Närvårdssamverkan.
- C. finns behov av omorganisering för att underlätta för Närvårdssamverkan.
- D. har det omorganiserats för att underlätta för Närvårdssamverkan.
- E. har ledningen prioriterat Närvårdssamverkan.
- F. finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan.
- G. är intentionerna med Närvårdssamverkan väl kända.

Av dem som tidigare hade hört talas om Närvårdssamverkan upplevde nästan samtliga att den egna verksamheten hade behov av samverkan mellan region och kommun. Här uppgav 95 % att det påståendet stämde ganska bra eller mycket bra överens med den egna uppfattningen. Närmare

<sup>11</sup> Bortfall fråga A=10, B=12, C=13, D=13, E=13, F=15, G=15

tre fjärdedelar (72 %) upplevde att den egna organisationen var motiverad att arbeta med Närvårdssamverkan. Dessa resultat pekar på goda förutsättningar för Närvårdssamverkan. Eventuella förutsättningarna för Närvårdssamverkan illustreras även utifrån medelvärde för vart och ett av påståendena i tabell 8.

Runt tvåfemtedelar svarade ”vet ej” på fyra av de sex påståendena som handlade om förutsättningar. De fyra påståendena var om den egna verksamheten var i behov av omorganisering eller hade omorganiserats för att underlätta för Närvårdssamverkan, om ledningen hade prioriterat Närvårdssamverkan eller om den egna verksamheten hade tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan. För påståendet om intentionerna med Närvårdssamverkan var väl kända i den egna verksamheten svarade ungefär en fjärdedel (24 %) ”vet ej”. Vid jämförelser inom grupperna chefer och medarbetare, visade det sig att medarbetare svarade ”vet ej” i högre utsträckning än chefer på dessa fem påståenden. Resultaten indikerar därmed att det snarare handlade om att medarbetare saknade uppfattning om dessa påståenden, än att chefer gjorde det.

Tabell 8. Medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan.

<b>I den egna verksamheten:</b>	<b>M</b>	<b>s</b>
A. finns behov samverkan mellan kommun och region	4,69	0,54
B. finns motivation att arbeta med Närvårdssamverkan	4,19	0,80
C. finns behov av omorganisering för att underlätta för Närvårdssamverkan	3,38	1,01
D. har det omorganiserats för att underlätta för Närvårdssamverkan	2,49	1,02
E. har ledningen prioriterat Närvårdssamverkan	3,30	1,01
F. finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan	2,75	0,97
G. är intentionerna med Närvårdssamverkan väl kända	2,72	1,16

Medelvärden och standaravvikelser för de påståenden som handlade om förutsättningar för Närvårdssamverkan. Ju högre medelvärde, desto bättre förutsättningar (lägsta värde 1, högsta värde 5) förutom på frågan om behov av omorganisering, där omvänt förhållande råder.

Medelvärdena för påståendena om förutsättningar för Närvårdssamverkan visade inte på entydiga resultat. De pekade på att det finns goda förutsättningar utifrån respondenternas upplevda behov av samverkan och den höga graden av motivation att arbeta med Närvårdssamverkan. Den generella uppfattningen var att ledningen hade prioriterat Närvårdssamverkan i relativt hög utsträckning, vilket även det tyder på goda förutsättningar. Förväntningarna vad gäller befintliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan verkade vara sig vara höga eller låga. Detsamma gällde om intentionerna med Närvårdssamverkan var väl kända i den egna verksamheten.

Den generella uppfattningen verkade vara att den egna verksamheten inte hade omorganiserat i någon större utsträckning för att underlätta för Närvårdssamverkan och att det inte heller fanns något större behov av det. Huruvida det ger förutsättningar för Närvårdssamverkan eller inte är svårt att dra några slutsatser kring.

Påståendena om förutsättningar för Närvårdssamverkan uppvisade en skillnad<sup>12</sup> mellan kommun- och regionanställda. Här upplevde anställda inom regionen i högre utsträckning än kommunanställda att det fanns behov av omorganisering för att underlätta för Närvårdssamverkan  $t(281)=2.73, p<0,01$ . Jämförelser mellan chefer och medarbetare uppvisade skillnader på fyra av de sju påståendena. Här upplevde chefer i högre utsträckning än medarbetare att ledningen i den egna verksamheten hade prioriterat Närvårdssamverkan  $t(264)=2.34, p<0,02$ , att den egna verksamheten hade tillräckliga resurser för att arbeta med Närvårdssamverkan  $t(277)=2.52, p<0,02$  och att intentionerna med Närvårdssamverkan var väl kända i den egna organisationen  $t(344)=4.29, p<0,001$ . Medarbetarna upplevde å andra sidan i högre utsträckning än cheferna att det fanns behov av omorganisering i den egna verksamheten för att underlätta för Närvårdssamverkan  $t(285)=-2.85, p<0,01$ . I tabell 9 återfinns medelvärde och standardavvikelse för region- och kommunanställda samt för chefer och medarbetare på de frågor där signifikanta skillnader återfanns.

Tabell 9. Medelvärden för chefer och medarbetare samt för region- och kommunanställda för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan.

	1		2		3		4	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Region	3,54	1,09						
Kommun	3,22	0,90						
Chefer	3,10	1,10	3,51	1,02	2,97	0,95	3,15	1,15
Medarbetare	3,48	0,96	3,20	0,99	2,66	0,96	2,56	1,12

Region- och kommunanställdas, samt chefers och medarbetares medelvärden (M) och standardavvikelser (s) för påståendena 1. att det fanns behov av omorganisering i den egna verksamheten för att underlätta för Närvårdssamverkan 2. att ledningen i den egna verksamheten hade prioriterat Närvårdssamverkan, 3. att den egna verksamheten hade tillräckliga resurser för att arbeta med Närvårdssamverkan och 4. att intentionerna med Närvårdssamverkan var väl kända i den egna verksamheten. Ju högre medelvärde, desto bättre förutsättningar (lägsta värde 1, högsta värde 5) förutom på frågan om behov av omorganisering, där omvänt förhållande råder.

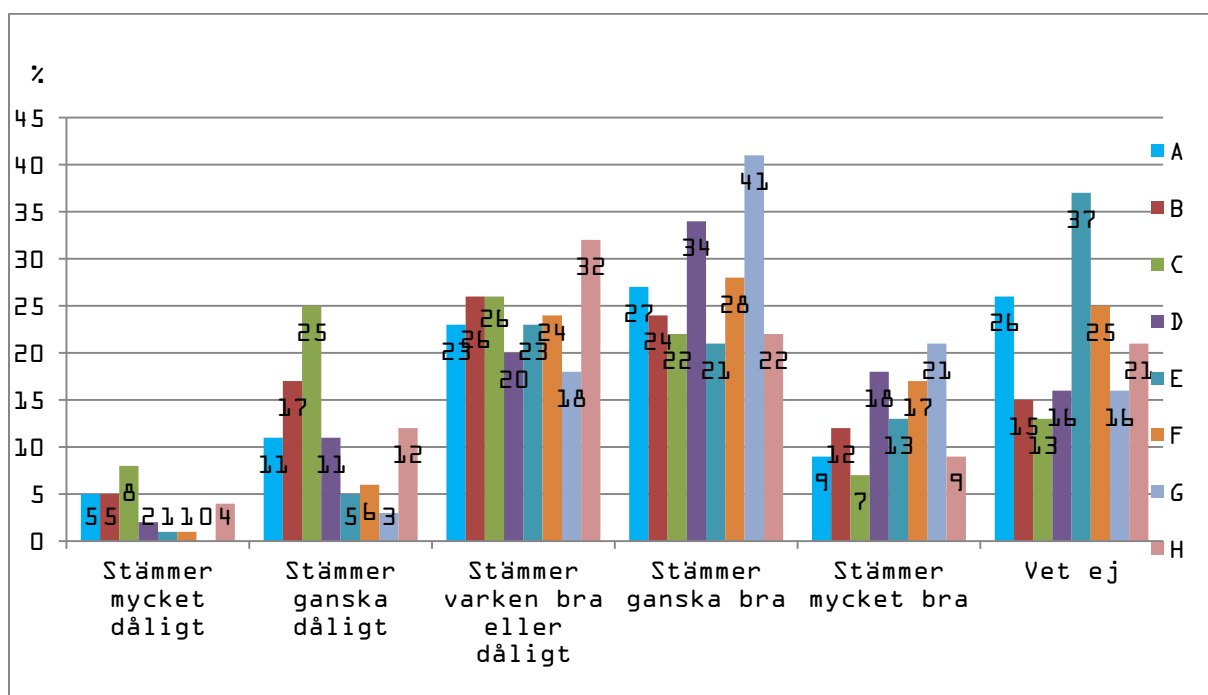
<sup>12</sup> T-test av oberoende stickprov, tvåsidigt, där svarsalternativ ”vet ej” ej ingick i analys



## Hinder för Närvårdssamverkan

Aktuell undersökning önskade belysa faktorer som eventuellt kan medföra svårigheter för att genomföra Närvårdssamverkan. Bland annat handlade det om upplevelsen att bristande förtroende och bristande kunskap om andra aktörer eller att olika värderingar mellan professioner kan medföra svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. I diagram 14 återfinns procentuell fördelning över hur respondenterna svarade på påståendena som rörde hinder och svårigheter för Närvårdssamverkan.

Diagram 14. Hinder för Närvårdssamverkan. <sup>13</sup>



Det finns svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan eftersom:

- kommun och region har olika lagstiftning.
- det råder sekretess.
- det är geografiskt långa avstånd mellan ingående parter.
- det finns olika värderingar mellan professioner.
- beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan.
- besluten fattas för långt från den egna verksamheten.
- det finns bristande kunskap om andra aktörer.
- det finns bristande förtroende för andra aktörer.

Få angav svarsalternativet ”Stämmer mycket dåligt”. Det kan antyda att de hinder som verkar finnas för att genomföra Närvårdssamverkan inte är alltför stora. Tre påståenden utmärkte sig dock från övriga och indikerar på svårigheter för vårdssamverkan. Här svarade mer än hälften att de upplevde att bristande kunskap om andra aktörer (62 %), att inkongruens mellan beslut i den

<sup>13</sup> Bortfall fråga A=18, B=17, C=19, D=17, E=18, F=20, G=17, H=23

enskilda organisationen och beslut i Närvårdssamverkan (58 %) samt att olika värderingar mellan professioner (52 %) medför svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. Eventuella svårigheter illustreras även utifrån medelvärde för vart och ett av påståendena i tabell 10.

Det visade sig att totalt 37 % av de svarande inte visste hur de skulle svara på påståendet att beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan och att det medför svårigheter. Vid en närmare titt på svarsalternativet ”vet ej” framträdde att medarbetare (41 %) i högre utsträckning än chefer (25 %) valde detta svaralternativ för just detta påstående. Vidare studier visade att detta mönster återfanns för samtliga påståenden om hinder för Närvårdssamverkan – att medarbetare hade svårare att besvara påståendena än vad cheferna hade.

Tabell 10. Medelvärden för påståenden om förutsättningar för Närvårdssamverkan.

Det finns svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan eftersom:	M	s
A. kommun och region har olika lagstiftning	3,35	1,06
B. det råder sekretess	3,23	1,11
C. det är geografiskt långa avstånd mellan ingående parter	2,94	1,10
D. det finns olika värderingar mellan professioner	3,64	1,02
E. beslut som fattas i den enskilda organisationen inte överensstämmer med Närvårdssamverkan	3,63	0,93
F. besluten fattas för långt från den egna verksamheten	3,73	0,93
G. det finns bristande kunskap om andra aktörer	3,94	0,81
H. det finns bristande förtroende för andra aktörer	3,26	1,00

Medelvärden och standaravvikelser för påståendena som handlade om hinder för Närvårdssamverkan. Ju högre medelvärde, desto större hinder (lägsta värde 1 och högsta värde 5).

Medelvärden för samtliga påståenden var högre än 3, förutom för påståendet att geografiska avstånd skulle medföra svårigheter. Det tyder på att det finns svårigheter för vårdssamverkan även om de inte verkar vara överhängande stora. Störst svårigheter verkade de svarande uppleva att bristande kunskap om andra aktörer medför. Geografiska avstånd verkar dock inte, som redan poängterats, ses som något hinder för att vårdssamverka.

Jämförelser<sup>14</sup> mellan kommun och region uppvisade signifikanta skillnader för två av påståendena som rörde svårigheter. Regionanställda upplevde i signifikant högre utsträckning än kommunanställda att olika lagstiftning hos kommun och region  $t(325)=2.56, p<0,02$  samt bristande förtroende för andra aktörer  $t(342)=2.59, p<0,01$  medförde svårigheter för Närvårdssamverkan. Även jämförelser mellan chefer och medarbetare uppvisade signifikanta skillnader. Här upplevde medarbetare i högre utsträckning än chefer svårigheter eftersom kommun och region har olika lagstiftning  $t(329)=-1.99, p<0,05$  och eftersom det råder sekretess  $t(379)=-2.88, p<0,01$ . Chefer upplevde i sin tur i högre utsträckning än medarbetare att det finns bristande förtroende för andra aktörer  $t(347)=2.07, p<0,04$ . I tabell 11 återfinns medelvärde och standardavvikelse för region- och kommunanställda samt för chefer och medarbetare, för de frågor där signifikanta skillnader återfanns.

<sup>14</sup> T-test av oberoende stickprov, tvåsidigt, där svarsalternativ ”vet ej” ej ingick i analys



Tabell 11. Medelvärden för chefer och medarbetare samt för region- och kommunanställda för påståenden om hinder för Närvårdssamverkan.

	1		2		3	
	M	S	M	S	M	S
<b>Region</b>	3,51	0,99	3,41	0,94		
<b>Kommun</b>	3,21	1,11	3,14	1,03		
<b>Chefer</b>	3,16	1,10	3,45	0,92	2,95	1,10
<b>Medarbetare</b>	3,42	1,04	3,20	1,02	3,32	1,10

Medelvärde (M) och Standardavvikelse (s) för region- och kommunanställda, samt för chefer och medarbetare gällande upplevda svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan eftersom 1. kommun och region har olika lagstiftning, 2. det finns bristande förtroende för andra aktörer och 3. det råder sekretess. Ju högre medelvärde, desto större svårigheter upplevde gruppen som helhet (lägsta värdet 1, högsta värdet 5).

## Sammanfattningsvis

För enkätstudien blev den totala svarsfrekvensen 57 %, vilket är ett bra resultat med tanke på att benägenheten att besvara webbenkäter ofta är låg. Det visade sig dock att benägenheten att besvara enkäten var något lägre inom Västra götalandregionen än inom kommunerna. Vad det kan bero på och vad det kan stå för kan enkätstudien inte svara på. Eventuella orsaker kan vara en större enkättrötthet inom regionen eller att frågor kring vårdsamverkan upplevs som mer angelägna för kommunanställda.

Totalt sett visade det sig att kännedomen om Närvårdssamverkan var ganska låg. Chefer hade dock större kännedom om Närvårdssamverkan än vad medarbetarna hade, vilket kanske inte var helt förvånande och troligtvis helt i sin ordning. Men för att vårdsamverkan ska bli så bra som möjligt bör kännedomen om Närvårdssamverkan höjas ute i organisationerna. Chefer inom kommuner och region bör fundera över hur de framöver kan vidareförmedla information om och från ledningsstrukturen till sina medarbetare. Framför allt verkar det nödvändigt att höja kunskapen om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet, då just denna fråga fick särskilt låga resultat hos medarbetare. Att känna till vilka representanterna är möjliggör för medarbetare att lyfta frågor där vårdsamverkan fallerar uppåt i organisationen, till en ny arena.

Enkätstudien pekar på att det finns förutsättningar för att genomföra Närvårdssamverkan. Många av de svarande hade höga förväntningar på vad Närvårdssamverkan ska åstadkomma, samtidigt som nästan samtliga upplevde att den egna verksamheten både är motiverad och har behov av att arbeta med frågor som rör vårdsamverkan. Många upplevde även att ledningen i någon mån hade prioriterat dessa frågor. Dessa saker tillsammans utgör en bra grund att stå på i det fortsatta arbetet med att utveckla vårdsamverkan mellan region och kommuner. Det visar att anställda har förhoppningar om att Närvårdssamverkan ska leda till bra saker. I sammanhanget bör dock åter poängteras att den låga kännedom som verkar finnas om själva ledningsstrukturen är ett hot mot en fungerande vårdsamverkan. Vad händer när kunskapen är låg och förväntningarna höga? Finns det risk för orealistiska förväntningar?

Påståendena som handlade om huruvida intentionerna med Närvårdssamverkan var väl kända i den egna verksamheten samt om befintliga resurser var tillräckliga för att arbeta med Närvårdssamverkan kunde vare sig visa på höga eller låga förutsättningarna för Närvårdssamverkan. Möjliga frågeställningar för vidare diskussion för ledningsgrupperna i närvårdsområdena, eller för chefer och medarbetare kan vara följande:

- Vilken typ av resurser krävs för att i högre utsträckning möjliggöra vårdssamverkan?
- Hur ska information om Närvårdssamverkan nå längre ut i verksamheterna?

När det gäller de två påståenden som handlade om omorganisering. Inte heller de indikerade vare sig höga eller låga förutsättningar. De var dessutom svåra att tolka. Kanske var dessa båda frågor mindre lyckade. Vid den planerade uppföljningen av enkätstudien bör man överväga om de ska tas bort.

Resultaten pekade på att det fanns flera svårigheter för att genomföra Närvårdssamverkan, även om de vid tiden för mätningen inte verkade vara överhängande stora. Framför allt verkar det som att bristande kunskap om andra aktörer och att olika värderingar mellan professioner upplevdes som hinder för att vårdssamverka. Det verkade som att det både förekommer att beslut fattas för långt från den egna verksamheten, och att beslut som fattas i den egna verksamheten inte överensstämmer med beslut som fattas inom Närvårdssamverkan. Enkätstudien visade på att det medför svårigheter för samverkan. De geografiska avstånd som finns inom området för Närvårdssamverkan verkade dock inte upplevas som ett hinder för Närvårdssamverkan. Om det i ett initiativ skede fanns farhågor att kommuner som ligger långt från varandra, skulle uppleva att avstånden var för långa för att träffas, har dessa farhågor inte besannats. Kanske har man på kansliet arbetat aktivt för att det inte ska bli ett problem?

I studien framkom att regionanställda i högre utsträckning än kommunanställda upplevde att olika lagstiftning huvudmännen emellan samt bristande förtroende för andra aktörer medförde svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. Varför dessa skillnader framträder och eventuella förklaringar kan inte ges, men är väl värda en diskussion vid ett gemensamt forum för region- och kommunanställda. Studien visade även att medarbetare i högre utsträckning än chefer upplevde att det medför svårigheter att kommun och region har olika lagstiftning och eftersom det råder sekretess. Eventuellt kan det bero på att medarbetare vårdssamverkar på en annan nivå än chefer, att det ofta är skarpt läge när exempelvis vårdplanering kring brukare ska genomföras och eventuella problem lösas. Chefer upplevde i sin tur i högre utsträckning än medarbetare att det finns bristande förtroende för andra aktörer. Det säger dock inte vem som har bristande förtroende för vem. Är det cheferna själva eller den egna organisationen som har bristande förtroende? Eller upplever chefer att andra misstror deras verksamheter? Resultaten kan dock tolkas som att svårigheter att vårdssamverka tar sig olika uttryck på olika nivåer, eventuellt beroende av om det rör samverkan kring brukare eller strategiska frågor.

## **Närvårdsområdenas samverkansproblematik**

Två av de prioriterade grupperna valdes ut för att särskilt uppmärksammas inom ramen för den här delstudien, dels personer med funktionshinder och dels personer med psykisk ohälsa. I den här delrapporten kommer vi koncentrera oss på de som arbetar med den senare gruppen. Skälet till det är att det är inom den gruppen som de flesta intervjuer gjorts i det här skedet.

Kapitlet inleds med att ta upp de tillfällen då samverkan sker. Det handlar framförallt om vårdplaneringar (VPL) och när någon patient blir akut dålig. Under intervjuerna har flera intervjupersoner framförallt uppehållit sig vid svårigheterna när det gäller samverkan. För det första handlar det om olikheterna mellan kommunen och regionen som bland annat grundar sig i att de har olika uppdrag och styrs av olika lagar. En annan svårighet som lyfts fram i intervjuerna är att beslutsfattandet sker på olika sätt inom sjukvård respektive kommun. Samverkan kan också sättas på prov när det gäller vissa patientgrupper. Presentationen av delstudie A avslutas med förslag som de som intervjuats gett för att underlätta samverkan på sikt.

När sker samverkan?

Ett tillfälle då samverkan sker som samtliga intervjupersoner lyfter fram är VPL. Ett annat tillfälle är när patienten/brukaren blir akut dålig.

### **Vårdplanering**

I samband med att en patient ska skrivas ut från slutenvården får kommunen en digital kallelse till VPL om patienten sedan tidigare har varit föremål för kommunens insatser eller om man från sjukvården bedömer att ett sådant behov finns. De frågor som ska avhandlas då är framförallt om det är aktuellt med hemsjukvård eller om kontakten med öppenvården räcker. Andra frågor som kan vara aktuella kan handla om boende och/eller behov av boendestöd.

För att kommunen ska gå in med insatser måste patienten/brukaren själv ansöka om detta. Detta förutsätter att när VPL sker ska patienten vara i det skicket att han eller hon kan bedöma de egna behoven och utifrån dessa efterfråga insatser från kommunen. Redan här uppstår ett dilemma. För i det skedet definieras patienten som utskrivningsklar och från sjukvårdens sida vill man då att patienten skrivs ut så fort som möjligt för att inte uppehålla en vårdplats onödigt länge. Från kommunens sida behöver man dock tid för beslut om och realisering av insatser. För detta har kommunen 30 dagar på sig. Från sjukvårdens sida finns det intresse av att ha VPL i ett tidigare skede. Men då bedömer man från kommunens sida att patienten/brukaren mår för dåligt för att kunna ansöka om kommunens insatser. Att ha en för tidig VPL innebär också en osäkerhet eftersom patienten/brukaren kan försämrats och planerade insatser därför inte blir aktuella.

Något som lyfts fram av kommunens personal är att när VPL är aktuellt framstår det ibland som om man från sjukvårdens sida har en tydlig bild av vad patientens/brukarens behov består i och att de redan före VPL gjort en bedömning om vilka insatser som personen i fråga behöver. Från kommunens sida kan det då uppfattas som att när sjukvården presenterar behoven definierar de sig själva som beställare medan kommunen då reduceras till utförare av tjänster. Från kommunens sida ser man det som angeläget att diskutera insatserna mer förutsättningslöst. Det kan även hända att de ser annorlunda på behoven eftersom de möter patienten/klienten i en annan kontext - i hemmet. De uppfattar också att den planering man gjort från sjukvårdens sida inte alltid har gjorts tillsammans med patienten/brukaren och om denne inte själv ansöker om insatserna kan kommunen inte heller göra något.

Ett behov som framkom under intervjuerna var att samlas för att diskutera patientens/brukarens behov lite mer långsiktigt och inte enbart vid VPL. Då är det framförallt praktiska frågor i samband med utskrivning som är i fokus och en mer långsiktig planering hinns oftast inte med.

## Akut sjukdom

Det är inte bara vid VPL och nätverksmöten som samverkan sker. Ett annat tillfälle som tas upp av kommunens psykiatrihandläggare och -sköterskor är när de kommer hem till brukaren och denne har blivit akut dålig. Det kan röra sig om att personen behöver få medicinen omställd eller att tillståndet har försämrats så att man från kommunens sida bedömer att personen inte klarar sig i hemmet. Ibland kan de situationer lösas genom att kommunen tar kontakt med öppenvården och de, tillsammans med sjuksköterskan eller läkaren, kan lösa problemet. Men ofta är det då svårt att få kontakt med behandlade läkare med så kort varsel. Intervjupersoner från kommunen berättar även att det förekommer att de skjutsar upp personen till psykakuten. De vet ofta redan på förhand att patienten inte kommer att bli inlagd. *"Psykakuten i Borås är bra på att hålla ifrån sig patienter"* som en från kommunen uttrycker det. Från sjukvårdens sida beskriver man det som att de från kommunen inte har en klar bild av vad som gäller för att en person ska skrivas in i slutenvården.

De tillfällen då samverkan sker som lyfts fram under intervjuerna är alltså i huvudsak VPL och då någon patient blir akut dålig. Det ska poängteras att flera intervjupersoner även lyfter fram mer informella och spontana kontakter som tas som framförallt sker genom telefonsamtal, mailväxlingar etc. Inte minst gäller det kontakter mellan kommun och öppenvård när en patient/brukare blir försämrad. En sjuksköterska från en öppenvårdsmottagning beskriver hur hon ofta får telefonsamtal framförallt när det gäller äldre med psykiskt funktionshinder där kommunens distriktssköterska saknar specialistkunskap och därför behöver konsultation om patientens/brukarens sjukdomsbild förändras.

## Svårigheter i samverkan

Av intervjuerna framkommer det att samverkan ibland, och till och med ganska ofta, sker friktionsfritt. Inte minst gäller det mellan kommunen och öppenvårdsmottagningarna. De som ingår vet varandras roller och arbetar mot ett gemensamt mål – att ge patienten/brukaren en så god vård och omsorg som möjligt. Men där framkommer även svårigheter eller sådant som gör att samverkan utmanas. Det handlar om att det är två olika organisationer som styrs av olika lagar, med delvis skilda bevekelsegrunder och där olika professioner ingår. De som företräder sjukvården respektive kommunen under VPL har inte alltid samma profession utan också olika beslutsmandat. Något annat som framkommer är att när patientens/brukarens diagnos är entydig och behovet är tydligt och lätt att definiera och realisera är det lätt att samverka. Men när det gäller de med psykisk ohälsa finns sällan något svart eller vitt och vad patienten/brukaren egentligen behöver framstår som en tolkningsfråga eller blir på grund av ekonomiska ramar och andra villkor svåra att realisera på det sätt som vore önskvärt.

## Olikheter

Kommunen och sjukvården har olika uppdrag. De styrs även av olika lagar. Det gör att man går in med olika perspektiv och bevekelsegrunder i samverkan. De från kommunen respektive sjukvården möter även patienten/brukaren i olika sammanhang vilket kan prägla synen på denne och även vad som bör göras. Från slutenvården möter man patienten/brukaren på sjukhuset när personen mår som sämst, från öppenvården möter man patienten/brukaren företrädesvis på mottagningen och från kommunens sida möter man samma person framförallt i hemmet. Att det inte finns någon gemensam benämning på patienten/brukaren kan ju i sig ses som symtomatiskt på att där finns en skiljelinje mellan kommunens och sjukvårdens olika uppdrag. Inom sjukvården är

patienten föremål för att få en diagnos och därefter behandling medan kommunens uppdrag främst bygger på stödinsatser som bygger på frivillig basis och som brukaren måste ansöka om.

Med den bakgrunden uppfattas det som problematiskt från kommunens sida om sjukvården redan gjort upp en plan när de kallas till VPL Ibland, så som de beskriver det, utan att patienten/brukaren varit involverad eller tillräckligt frisk för att kunna vara delaktig. Kravet på frivillighet blir då svårt att hävda. Det kan också visa sig under VPL att patienten/brukaren själv inte ville ha någon hjälp. Det händer därför att de från kommunen lämnar VPL med oförrättat ärende eftersom kommunen inte kan gå in med några insatser om inte patienten/brukaren efterfrågar dessa. Några intervjuade från kommunen beskriver hur de i princip fått vända i dörren eftersom patienten/brukaren redan från början av VPL deklarerat att denne inte är intresserad av några insatser från kommunen.

Att kommunen hävdar frivillighet är något som man från sjukvårdens sida uttrycker respekt för under intervjuerna. Några uttrycker dock att man från kommunen i vissa fall kan göra det allt för enkelt för sig och den frågan som väcks då är vem som ska motivera patienten/klienten att efterfråga de insatser som framstår som uppenbara.

Förutom synen på patienten/brukaren skiljer sig även sjukvård och kommun åt genom att de delvis representeras av olika professioner. Från sjukvårdens sida är det i första hand läkare, sjuksköterska och mentalskötare medan det från kommunens sida oftast är sjuksköterska och biståndsbedömare som ingår i samverkan. I intervjuerna beskrivs hur läkaren ofta har någon form av tolkningsföreträdare under VPL och att samverkan inte alltid sker på lika villkor. Det kan alltså vara svårt att matcha läkaren som sjuksköterska eller handläggare från kommunen. Från kommunens sida uppfattar man det som att läkarna ser sig själva som att ha någon form av monopol när det gäller den professionella bedömningen vid VPL. Av intervjuer med kommunens sjuksköterskor och handläggare framkommer att deras professionella bedömningar kan vara svårt att hävda. Läkarens bedömning utgår från en diagnos och vilka svårigheter den medför. Kommunens bedömning utgår från vad den enskilde behöver för stöd för att uppnå skälig levnadsnivå. Ibland händer det att bedömningarna inte harmonierar. Vid de tillfällena uppfattar man det från kommunen som svårt att hävda sin bedömning. En handläggare beskriver det:

*Många läkare agerade som om de blev personligt kränkta. Läkare är ju vana vid att de har sista ordet. Som har makten. Så kommer det en psykiatrihandläggare och en sjuksköterska från kommunen och säger att det här... det finns ingen möjlighet. Då blir det något personligt av det hela istället. (H-l Kommun)*

Här beskrivs det som att man från kommunen måste vara tuff. Problemet, så som man beskriver det från kommunens sida, är att läkaren i huvudsak endast ser patienten/brukaren på sjukhuset medan VPL i huvudsak handlar om hur den enskilde ska klara sitt dagliga liv i hemmet. En handläggare beskriver även hur hon märker att även flera patienter/brukare är rädda för att stöta sig med läkaren. Dels på grund av läkarens status och dels för att läkaren har något som patienten är angelägen om nämligen rätten att skriva ut mediciner.

### **Att fatta beslut**

En annan svårighet som framkommer av intervjuerna är att beslutsordningen ser annorlunda ut inom sjukvård respektive kommun. Läkaren har mandat att fatta beslut vid sittande bord medan handläggarens beslut om kommunens insatser måste föregås av en utredning. Det är inte alltid



heller handläggaren som själv fattar det formella beslutet om eventuellt bistånd. Det här får till följd att kommunens handläggare kan uppfattas som stelbent, byråkratisk och krånglig medan sjukvårdens beslutsordning framstår som mer smidig. Läkarens bedömning kan ibland dock framstå som oförutsägbart. Ett exempel som en från kommunen uppger är att olika läkare kan definiera "medicinskt färdigbehandlad" på olika sätt. Det här är något som även tas upp under intervjuer med de som arbetar i slutenvården. Deras arbetssituation kan variera beroende på om de har en läkare som betonar vikten av korta vårdtider eller om det är en läkare som tydligare väger in andra prioriteringar.

### **Patient-/klientgrupper som är svårare att samverka om**

Under intervjuerna framkommer att det sällan är något problem att samverka när patientens/brukarens problem är uppenbara och det framstår som mer eller mindre självklart för såväl sjukvården som kommunen och, inte minst, för brukaren själv vilka behoven är. Ofta hänvisar då intervjupersonerna till den somatiska vården. Inom den psykiatriska vården beskrivs sjukdomsbilden som mer diffus och behovet av stöd är inte alltid kristallklart. Framförallt är det vissa patient-/brukargrupper som uppges vara svårare att samverka om. De grupper som tas upp under intervjuerna är framförallt missbrukare med psykisk ohälsa och de med en bipolär diagnos.

### **Missbrukare med psykisk ohälsa**

En grupp som är svår att samverka om är missbrukare med psykisk ohälsa. Ett problem som flera beskriver som grundläggande är att den ena problematiken, den psykiska ohälsan, är en fråga för sjukvården medan missbruket ligger på kommunens ansvar. Därmed finns en risk att patienten/brukaren faller mellan stolarna eller att de hamnar i något som kan liknas vid Moment 22. Från kommunens sida görs bedömningen att de inte kan behandla missbruket eftersom det, som de ser det, framförallt handlar om psykisk ohälsa. Från sjukvårdens sida ser man det som svårt att ge en adekvat vård så länge patienten har missbruksproblem.

*Det eviga diskuterandet om vad som är vad. Så innan man nått fram så har patienten redan gett upp!.../Den stora gruppen har ingen case<sup>15</sup>. De får på något sätt sina behov tillgodosedda för där finns det någon som verkligen ser behoven och tydliggör dem. Men den stora massan har inte case. (ssk ÖV)*

En del av den här patient-/brukargruppen får alltså en case manager som ska företräda patienten/brukaren och som ska bidra med att dennes behov lyfts fram vid till exempel vårdplaneringar. Men som intervjupersonen ovan konstaterar har de flesta ingen case manager och det är just dessa patient-/brukargrupper som riskerar att falla mellan stolarna.

### **Patienter/brukare med bipolär diagnos**

En annan grupp som beskrivs som svår att samverka om är personer med en bipolär diagnos. Från sjukvårdens sida uppfattar man att det saknas kunskap inom kommunen om sjukdomsbilden och att behoven faktiskt varierar över tid. Det senare ställer även krav på kommunen om flexibilitet då sjukdomsbilden och därmed behoven förändras med relativt korta tidsintervaller.

---

<sup>15</sup> En case manager kan vara anställd av såväl sjukvården som kommunen. Denne ska, förutom att ingå i behandlingen, även hjälpa patienten/brukaren att få sina behov tillgodosedda samt samordna de insatser som kan komma i fråga.

Som framgått beskrivs under intervjuerna att det är lätt att samverka om behoven är tydliga och patienten/brukaren har en insikt om behoven. Då beskrivs det också som lättare att se en rollfördelning mellan vad som är regionens respektive kommunens ansvar. Det är betydligt svårare att samverka då patienten/brukaren har diffusa behov, när de inte framstår som så självklara, eller när personen i fråga saknar insikt om vilka behov han eller hon faktiskt har. Det här är också en patientgrupp där det kan vara svårt att leva upp till kravet om delaktighet i den egna vårdplaneringen. Patienten/brukaren kan definiera behov som inte ligger i linje med vare sig sjukvårdens eller kommunens bedömning om vad som behövs. En av intervjupersonerna uttrycker det som att "Vi vill att de ska vara delaktiga men på ett "bra" sätt".

Vad kan göras bättre?

En fråga som ställdes under intervjun var om de känner till Närvårdssamverkan och hur de i så fall ser på det. Eftersom de flesta saknade kunskap om vad som pågick fick de istället frågan vad de tycker bör fokuseras för att samverkan mellan kommun och sjukvård ska fungera bättre. De synpunkter som kom fram var i stort sett samstämmiga oavsett om det handlar om psykisk ohälsa eller funktionshinder. Här finns därför båda grupperna representerade.

### Tydliggöra roller

Något som flera uttryckte som ett behov var att rollerna bör tydliggöras. Att snarare dra isär respektive uppdrag för att tydliggöra att man från kommunens respektive sjukvårdens sida går in med olika bevekelsegrunder. Det här har uppmärksammats tidigare<sup>16</sup> men det är uppenbarligen något som ständigt måste hållas aktuellt. Vikten av tydlighet, hur långt det egna ansvaret sträcker sig och var det slutar är något som ständigt efterfrågas under intervjuerna.

### Skapa förutsättningar att utveckla de sociala kontakterna

Något annat som blev väldigt framträdande under intervjuerna handlade om betydelsen av att de som arbetar inom sjukvård respektive kommun har personliga kontakter med varandra. I stort sett samtliga tog upp att förutsättningen för att samverkan ska fungera är att man har ett socialt nätverk. Flera har arbetat länge och har byggt upp ett nätverk så de vet vilka de ska vända sig till. Att detta lyfts fram som så viktigt gör att det kan framstå som svårt som nyanställd då man ännu inte har etablerat några kontakter. För att samverkan ska fungera så bra som möjligt underlättar det om man känner den personen som man ringer till eller som man möter under VPL. Risken finns annars att man, som en uttryckte det, bygger upp "fantasibilder" om den andre.

*Träffas man inte och lär känna varandra så funkar det inte. Jag har jättesvårt att samverka med folk som jag inte har en aning om vilka de är. Jag ska ringa någon och så ska vi skicka lappar emellan. Och så blir det lite otydligt och så skapar jag mig en irritation på den personen för att den inte följer de regelverk som är satta. Istället för att sätta sig ner och ha en personlig kontakt och säga att varför har vi misslyckats här. Och jag kan be om ursäkt för att jag gjort fel. Alltså det blir helt annat... Men i alla strukturer kring samverkan så är det ett visst flöde, men man tar bort det personliga (ÖV)*

<sup>16</sup> se t ex Lebidinski (2011) KomBas projektet, Kompetensutveckling för baspersonal. Slutrapport från utvärderingen av projektet. FOU Sjuhärad Vårld

Svårigheterna när det gäller samverkan är alltså när den man inte känner den man ska samverka med. När man har träffats och känner varandra kan också mötena bli mer prestigelösa och man kan, som intervjupersonen ovan beskriver, diskutera tillkortakommanden. Därför efterfrågas möten där man lär känna varandra. När de från kommunen och sjukvården träffas handlar det framförallt om VPL då konkreta frågor ska diskuteras i samband med utskrivning eller när patienten blir akut dålig. Flera efterfrågar även möten där de skulle ges möjlighet att diskutera patienterna mer djupgående och långsiktigt. När de möts nu är det bara det mest akuta som måste lösas. Det uttrycks även behov av att diskutera samarbetet mer långsiktigt utan att patienter/brukare finns med för att utveckla arbetsrutiner och tydliggöra varandras roller.

Betydelsen av de sociala kontakterna handlar inte bara om att veta vem man ska ringa. Några beskriver också att om man har arbetat länge och byggt upp ett nätverk har man även fått en insikt om vem man inte ska ringa.

*Jag ringer ju inte den arga tvära som bara säger nej utan jag ringer ju till den som jag upplever har mött mig bra i liknande frågor innan. Det har jättestor betydelse. Så är det ju och det är ju oerhört fånigt men det är ju så det fungerar. Om du känner någon som du är tjejis med så har du lättare att få igenom det (FH Kommunen)*

En intervjuperson från öppenvården beskriver det som svårare att hitta rätt person när Borås kommun inte längre har några receptionister på socialförvaltningen. Nu ringer de direkt till sjuksköterskan eller handläggaren. Detta har gjort att betydelsen av det egna nätverket har ökat. Om de inte riktigt vet vem de ska ringa till är de hänvisade till kommunens växel och där saknas den kunskap som den receptionisten hade som tidigare fanns på socialkontoret.

Något som blir tydligt vid de intervjuer som hittills gjorts är att det är lättare att bygga nätverk i en mindre kommun eftersom det inte är lika många personer att samverka med. En beskriver det också som att man i en mindre kommun vårdar kontakterna på ett annat sätt eftersom det är stor sannolikhet att man ska samverka med samma person redan nästa dag.

I dag är såväl de psykiatriska avdelningarna inom slutenvården som Borås öppenvårdsmottagningar specialiserade. Tidigare var de indelade geografiskt. Det innebär att de som arbetar har kunnat tillägna sig en specialistkompetens om respektive diagnos. Det för dock det negativa med sig att varje avdelning på sjukhuset ska, istället för att samverka med en kommun, nu samverka med regionens samtliga kommuner. Det gör att det är svårare att bygga upp det nätverket som flera betraktar som nödvändigt.

Att de sociala nätverken har en så stor betydelse kan ju knappast betraktas som särskilt överraskande. En intervjuperson tar upp risken att det därmed inte blir rättssäkert genom att vården och insatserna kan vara beroende av vilket nätverk den har som man som patient/brukare möts av.

Å ena sidan finns alltså en risk att den vård patienten/brukaren får är beroende av vilket nätverk t ex sjuksköterskan lyckats etablera. Å andra sidan framhäver några att den personliga kontakten och hur bra man känner och respekterar varandra från kommun och sjukvård spelar en stor roll för hur kvaliteten blir och att de sociala kontakterna är en förutsättning för att tillsammans kunna ge en god vård och omsorg. Att främja samverkan beskrivs därför mer som att skapa förutsättningar för de som arbetar närmast patienten/brukaren att mötas än att organisera och bygga upp strukturer. Eller som en intervjuperson uttrycker det:

*Det spelar ingen roll vilka strukturer vi gör. Det är så personbundet så det är helt otroligt (ÖV).*

Att samverkan bygger på de lokala och många gånger informella nätverk som byggs upp av de som arbetar nära patienten/brukaren gör att det kan framstå som en verksamhet som är svår att leda. Därför framstår det även som svårt att utveckla samverkan om man inte först tar fasta på den som faktiskt redan sker. Det är säkerligen ett skäl till att flera betonar att förutsättningen för att utveckla samverkan är att man börjar underifrån.

### **Börja underifrån**

För att utveckla samverkan i de operativa verksamheterna och få till stånd det som beskrivs som en obruten vårdkedja betonar de allra flesta att utgångspunkten måste vara att ta fasta på vad som händer ute i de operativa verksamheterna. En av de intervjuade beskriver det som att man borde ha "lagt krutet väldigt långt ut i kedjan". Det är de problem och möjligheter som de ser som arbetar närmast patienten/brukaren som avstampet måste tas. Ingen förnekar dock betydelsen av att också ha en ledningsstruktur som understödjer samverkan i verksamheterna.

*Det är jättebra att det finns där uppe och självklart måste det vara så. För det klart att här nere kan man inte börja pyssla med saker som det inte finns en ledning och struktur för, att så här ska vi jobba. Men jag tror att det måste vara från båda fronter (Ssk ÖV).*

Samverkan beskrivs som något som det är lätt att prata om och komma överens om. De allra flesta ser det som nödvändigt och som en förutsättning för att såväl sjukvård som omsorg ska fungera. Men det är i kontakten med patienten/brukaren som samverkan måste realiseras och det är också då som problem kan uppstå. Samma intervjuperson som ovan beskriver detta.

*Där uppe är man ofta ganska överens på den här lite mer pompösa nivån. Man pratar och när det börjar hetta till så droppar man de frågorna neråt i organisationen som man inte riktigt själv mäktar med tror jag. Det blir lite för lägre chefer att hantera. Och så gör man inte det. Man kanske inte har riktigt mandat att göra det. Ja så jag tror att man faktiskt kan bygga en samverkan under ifrån. (Ssk ÖV)*

Problemet, så som det beskrivs är att samverkan kan fungera på en högre ledningsnivå, men något händer när det sedan ska föras ner på verksamhetsnivå. Där finns även en trötthet på ständigt nya direktiv eller som en intervjuperson uttrycker det: "Jag tror att folk är rätt less på att få mycket saker till sig upp ifrån". En intervjuperson beskriver det som att mycket sker i projektform och man kan vara överens på en högre ledningsnivå men när det sedan ska ut i verksamheterna är tiden för projektet slut.

*Och ibland är det så att man på högre nivå vet om problemen och man tycker att man har pratat om det, man har till och med haft projekt för att det ska bli bättre men det har inte kommit hela vägen ner ut i verkligheten. Projekt kan ju ha den tendensen. Att man är väldigt upp i det när man håller på, alla är överens. Men man lyckas inte implementera projektet. (Kommun FH)*

Ytterligare ett motiv att börja underifrån är att det är svårt att utfärda gemensamma direktiv som ska gälla hela regionen eftersom olika verksamheter har olika problem och att kommunerna har delvis olika förutsättningar och därför arbetar på olika sätt. Därför är det svårt att utveckla samverkan på ett enhetligt sätt för det som är ett problem i en kommun behöver nödvändigtvis inte vara det i en annan.

*På något sätt blir det att här ska vi göra lite lika. Så det ska det droppa ut. Och så ser förutsättningarna så helt olika ut. Och vad som faktiskt egentligen är problemet här. Och vad är problemet här och vad är problemet i Borås. Så jag tror att i det här så behöver man ändå borra ner sig i respektive kommun. Jag tror inte bara kommunen ser annorlunda ut utan även öppenvårdsmottagningarna. Det ser jätteolika ut. (Ssk ÖV)*

Här finns dock en motsättning eftersom flera samtidigt uttrycker behov av gemensamma rutiner och att det inte ska spela någon roll vilken kommun en patient/brukare bor. Vården ska alltid vara den samma. Från slutenvårdens sida finns dessutom också en uttrycklig önskan om att rutinerna mellan kommunerna inte ska skilja sig allt för mycket.

### Sammanfattningsvis

Det forum som samtliga lyfter fram som centralt där samverkan sker är VPL. Denna samverkan kan beskrivas som planerad och formaliserad. När en patient/brukare blir akut dålig sker också en samverkan som mer kan beskrivas i termer av spontan och informell. När samverkan fungerar hänvisar de flesta till att de har en lång erfarenhet och att de byggt upp ett nätverk och vet därför vem de kan ringa till. Samverkan beskrivs som något som är personbundet och förutsättningen för att det ska fungera är att man har en etablerad relation och känner varandra. Å ena sidan skulle det här kunna beskrivas som ett problem. Inte minst gäller det för nyanställda som ännu inte hunnit etablera ett nätverk. Å andra sidan är det kanske så som intervjupersonerna själva är inne på, att om samverkan bygger på personkännedom och respekt för varandra ger det även en bättre vård och omsorg för patienten/brukaren.

I en sådan här rapport skulle man kunna koncentrera sig på att lyfta fram goda exempel. I stället har de problem som framkommit under intervjuerna fokuserats. Ett skäl till det är att det varit just problemen som varit mest framträdande i flera intervjuer. Ett annat skäl är att det finns anledning att belysa det som uppfattas som svårigheter för att åtgärda dessa och därmed skapa förutsättningar för den obrutna vårdkedja som är målsättningen. Ett problem som lyfts fram, förutom olikheterna, är att beslutsordningen ser annorlunda ut i sjukvården respektive kommunen. Läkaren kan fatta ett beslut vid sittande bord och de kommunala besluten måste ofta föregås av en utredning. Det senare ställer till problem för sjukvården eftersom när VPL sker ska patienten/brukaren vara färdigbehandlad och man vill därför se en utskrivning så fort som möjligt. Från kommunens sida är det nödvändigt att inte VPL sker innan patienten själv kan reflektera över sin situation och utifrån den ansöka om insatser. Kommunen har sedan 30 dagar på sig att dels fatta beslut och dels se till att de eventuella insatserna kan realiserar.

Av intervjuerna framkom att kännedomen om närvårdssamverkan var mycket låg. En fråga formulerades därför om och kom att handla om hur samverkan mellan kommun och region skulle kunna förbättras. Flera lyfte då fram betydelsen av att ta fasta på de möjligheter och problem som finns i arbetet närmast patienten/brukaren. Intervjupersonerna lyfte snarare fram ett behov av att utveckla samverkan utifrån de problem och möjligheter som de ser som arbetar

närmast patienten/brukaren än att bygga upp ledningsstrukturer uppifrån. En risk som flera intervjupersoner tryckte på var att samverkan är något som man lätt kan enas om verbalt. Det är först när man kommer till den operativa nivån då förutsättningarna för samverkan kan utmanas.

## **Gemensam avslutande diskussion**

I den avslutande diskussionen för vi samman resultaten från den tre delstudierna och lyfter även fram de mest framträdande resultaten i var och en av studierna. Diskussionen har tonvikt på vad som framträder som möjliga och relevanta förbättringsområden för det fortsatta arbetet med Närvårdssamverkan.

## **Förväntningar och upplevda hinder för Närvårdssamverkan**

Enkätstudien visade att det finns höga förväntningar på Närvårdssamverkan. Bland annat finns höga förväntningar på att stödstrukturen ska identifiera områden i behov av ökad samverkan mellan kommun och region. Ett sådant område identifierades i intervjuerna som genomfördes ute i utvalda närvårdsområden identifierades ett område i behov av ökad samverkan. Här framkom att det finns slitnyttor mellan socialpsykiatri i kommunerna och psykiatrins akutmottagning, och eventuellt behöver man hitta nya vägar att kommunicera och öka förståelsen för varandras uppdrag. De intervjuade föreslog själva ett sätt att komma tillrätta med den gränsproblematik som beskrivs, nämligen att hålla nätverksmöten även när det inte råder ”skarpt läge” kring en brukare. Enkätundersökningen visade också på att det fanns mycket höga förväntningar på att Närvårdssamverkan ska bidra till bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och region. Utöver fler nätverksmöten kanske gemensamma utbildningar/vårdprogram för sjukvårdens psykiatri och kommunens socialpsykiatri samt att avsätta tid för informationsträffar där verksamheterna delger varandra om uppdrag, roller och förutsättningar kan vara andra sätt att bidra till förbättrad samverkan?

Ett hinder för Närvårdssamverkan är att kännedomen om Närvårdssamverkan verkar vara låg, framför allt hos medarbetare. För att vårdssamverkan ska fungera på ett bra sätt mellan verksamheter är det viktigt att känna till hur själva stödstrukturen för vårdssamverkan fungerar. Generellt sett bör chefer fundera över hur de kan höja denna kunskap hos sina medarbetare. I enkätundersökningen framgick att det framför allt handlade om att medarbetares kunskap om vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för det egna närvårdsområdet var låg. För att kunna lyfta frågor där vårdssamverkan fungerar mindre bra, kan det vara viktigt att känna till vilka dessa representanter är.

Samtidigt som kännedom om Närvårdssamverkan är låg verkar det, som ovan nämnts, finnas höga förväntningar på vad Närvårdssamverkan ska åstadkomma. Höga förväntningar visar på en förhoppning att stödstrukturen ska underlätta vårdssamverkan, vilket i sig är positivt. Detta kan dock framgent leda till en svårighet om förväntningar hamnar på en orealistisk nivå, som inte är förenlig med den ursprungliga tanken med Närvårdssamverkan och de svårigheter som stödstrukturen ska försöka komma tillrätta med. Detta talar ytterligare för att kännedom om Närvårdssamverkan bör höjas ute i verksamheterna.

Nationellt sett har flera utredningar och åtgärder genomförts kring målgruppen personer med psykisk ohälsa under de senare åren, som exempelvis Milton-projektet<sup>17</sup>. Det verkar dock som om dessa inte har varit tillräckliga inom det geografiska område som Närvårdssamverkan verkar. Generellt sett visade enkätundersökningen på svårigheter att vårdsamverka då många upplevde bristande kunskap om andra aktörer och att det fanns olika värderingar mellan professioner. Resultaten överensstämmer med de olikheter som beskrivs i intervjuerna i närvårdsområdena mellan kommunens socialpsykiatri och psykiatrins akutmottagning. Brukaren benämns olika i verksamheterna och syftet med att brukaren befinner sig i verksamheterna skiljer sig åt. Hos specialistsjukvården ska den enskilde få en diagnos, ibland ofrivilligt, för att bland annat möjliggöra rätt behandling. Inom socialpsykiatrin ska den enskilde få hjälp att klara vardagen utifrån insatser som bygger på frivillighet och egna initiativ. För att få till en bra samverkan krävs en stor förståelse för varandras professioner och verksamheter. Ytterligare svårigheter är att de insatser som erbjuds från de båda huvudmännen grundar sig på olika lagstiftning. Både i intervjuerna och i enkätstudien framkom att olika lagstiftning mellan region och kommun upplevs som ett hinder för att vårdsamverka, även om de inte verkade vara överhängande stora.

## **Sociala kontakter**

En förutsättning för att Närvårdssamverkan ska kunna fungera är att där finns sociala relationer etablerade. Det gäller inte minst de som arbetar närmast patienten/brukaren. I studien av de operativa verksamheterna framkommer att det framförallt är de informella kontakterna som etableras mellan kommun och region som är viktiga. De som har arbetat länge har byggt upp ett nätverk som gör att arbetet med patienten/brukaren underlättas. Betydelsen av personkännedom och att man är klar över vilka roller de har som ingår och hur långt det egna uppdraget sträcker sig framstår närmast som en förutsättning. Det gäller även delvis i arbetet med att bygga upp en ledningsstruktur men det gäller framförallt på den operativa nivån. De som intervjuats som arbetar i de operativa verksamheterna betonar, oavsett om de kommer från kommun eller region, att det är viktigt att där finns en personlig relation och att man därmed känner till hur den andra tänker. När samverkan blir anonym, när man inte har ett ansikte på den andre eller när man inte känner varandra riskerar det att leda till missförstånd och irritation. Genom att där finns en god personlig relation finns det större förutsättningar att på ett bra sätt lösa problem som uppkommer. Då är det också enklare att tydliggöra varandras roller och ansvarsfördelning mellan sjukvård och kommun. Mötena blir mer öppna och prestigelösa.

Betydelsen av de sociala kontakterna och de mer informella strukturerna som byggs upp i arbetet närmast patienten/brukaren skulle kunna definieras som ett problem. Ett argument skulle då vara att det blir rättsosäkert såtillvida att den hjälp patienten/brukaren får kan vara avhängig de sociala kontakter som till exempel den sjuksköterska som patienten/brukaren möter lyckats etablera. Vården eller omsorgen riskerar då att inte bli lika för alla. Utifrån ett ledningsperspektiv skulle även en nackdel vara att de informella relationerna och strukturerna som utvecklas på den operativa nivån är betydligt svårare att leda och kontrollera. Utifrån ett ledningsperspektiv blir det då viktigt att formalisera de kontakter som ska tas mellan regionen och kommuner på den operativa nivån.

---

<sup>17</sup> Lebedinski (2011) KomBas projektet, Kompetensutveckling för baspersonal. Slutrapport från utvärderingen av projektet. FOU Sjuhärad Välfärd

De informella strukturerna skulle även kunna definieras som en förutsättning för närvårdssamverkan. Det är också så som flera av de som intervjuats som arbetar närmast patienten/brukaren beskriver det. Att de i kommunen känner de som arbetar inom sjukvården och vet vem de ska kontakta, och vice versa, beskrivs närmast som nödvändigt. Intervjupersonerna betonar att det blir en bättre vård och omsorg om de som möts runt patienten/brukaren känner varandra och har en mer personlig relation. Om dessa relationer definieras som en förutsättning för att närvårdssamverkan ska fungera blir det snarare intressant att skapa möjligheter till möten mellan de som arbetar närmast patienten/brukaren i kommun respektive sjukvård och därmed gynna etablerandet av dessa personliga relationer. Det gäller inte minst nyanställda.

### **Börja underifrån**

Det är en låg kännedom om närvårdssamverkan inom såväl sjukvården som i kommunerna. Det framkommer av enkäterna, men även av de intervjuer som gjorts inom ramen för studien av de operativa verksamheterna. Av samtliga delstudier framkommer dock att Närvårdssamverkan är ett viktigt område. Det tycks man vara överens om på alla nivåer. Knäckfrågan är då hur denna Närvårdssamverkan ska fungera på ett optimalt sätt så att patienten/brukaren får så god vård och omsorg som möjligt och upplever den obrutna vårdkedjan som skrivs fram som en målsättning. Under intervjuerna med de som arbetar i de operativa verksamheterna framkommer en viss skepticism mot sådant som ”droppar ner uppifrån” företrädesvis via mailen. Av enkäterna framkommer även att nästan hälften av de som svarade tyckte att besluten fattas för långt från den egna verksamheten. Det här ligger i linje med det som flera av intervjupersonerna som arbetar närmast patienten/brukaren uttryckte. Om Närvårdssamverkan ska kunna etableras i arbetet närmast brukaren måste, enligt flera av de som intervjuats i de operativa verksamheterna, de beslut som fattas ta avstamp i det arbetet så att deras problem och möjligheter beaktas. Av studien av ledningsstrukturen framkommer även att där finns en oklarhet bland olika företrädare i ledningsstrukturen om hur de olika grupperingarna som styrgrupp, utvecklingsråd, ledningsgrupper etc hänger samman och på vilket sätt arbetet ska generera en samverkan ute i närvårdsområdena. En utmaning som det finns anledning att lyfta fram är därför kopplingen mellan den ledningsstruktur som utvecklas och det som sker i arbetet närmast patienten/brukaren. En annan fråga som kan väckas är vilka möjligheter som finns att ta fasta på de problem som i dag försvårar samverkan mellan de som arbetar närmast patienten/brukaren inom kommun respektive sjukvård.

### **Kopplingen mellan Närvårdssamverkan och hemorganisationer**

Utformningen av Närvårdssamverkan utgår från att den verksamhet som genomförs inom regionen och kommunerna utifrån brukarnas behov av samordnade insatser ska behandlas i de fora som finns i Närvårdssamverkan för diskussion och beslut. De som ingår i dessa grupper gör det antingen för att de har mandat att föra samtal kring aktuella frågor för Närvårdssamverkan för den organisation de kommer ifrån eller att de besitter en kompetens som är värdefull för att utveckla närvård i samverkan. Det innebär bland annat att i de fora i Närvårdssamverkan som fattar beslut, till exempel styrgruppen, sitter förvaltningschefer eller motsvarande. Dessa företrädare har således mandat att fatta beslut både i sin hemorganisation och i den position som de tar i Närvårdssamverkan. Genom att de representerar sina hemorganisationer kan de i sitt beslutsfattande inom Närvårdssamverkan skapa goda förutsättningar för att det sker en sammankoppling av verksamheter och att det blir en stark koppling mellan Närvårdssamverkan och hemorganisationerna.



Kopplingen mellan Närvårdssamverkan och hemorganisationerna behöver utvecklas för att stärka relationen mellan verksamheterna och ge ett tydligt stöd för den operativa verksamhetens behov av samverkan. Det framkommer i intervjuerna att finns en oklarhet eller osäkerhet hur förhållandet ser ut mellan Närvårdssamverkan och parternas hemorganisationer. Det gäller såväl förhållandet mellan Närvårdssamverkans beslutsfattande och beslutsfattandet i hemorganisationerna som kopplingen och återkopplingen mellan dem. Det framträder tydligt i enkätsvaren att det finns en oro i organisationerna över att beslutsfattandet sker för långt ifrån den egna verksamheten och att det råder en brist på överensstämmelse mellan beslutsfattande i den egna verksamheten och beslutsfattande i Närvårdssamverkan. Denna oklarhet eller oro gör det svårt att få igång en fungerande process för beslutsfattandet mellan Närvårdssamverkan och hemorganisationerna. En process som är nödvändig för att beslut och frågor som behandlas i Närvårdssamverkan ska få en betydelse i den operativa verksamheten. Om inte processen blir tydlig i hur den fungerar och att den får betydelse för att befärma samverkan så finns risk att de operativa verksamheterna blir främmande för Närvårdssamverkans möjligheter samt att Närvårdssamverkan blir en marginaliserad företeelse som uppfattas i första hand handla om möten för chefer.

## **Beslutsstrukturen**

En central del av Närvårdssamverkan är beslutsstrukturen, det vill säga i vilka forum som aktörerna kommer samman för att fatta beslut om Närvårdssamverkan. Det vi kan se i utvärderingen är att den strukturen har kommit på plats. Styrgruppen och ledningsgrupperna för närvårdsområdena är igång och träffas med en viss regelbundenhet. Den har ett starkt stöd från kansliets medarbetare som har stöttat utformningen av mötesordningen och funnit vägar att få de olika styrande grupperna att fungera såväl sinsemellan som i förhållande till de ingående partners organisation av verksamheten. Det som ännu inte är klart är hur dessa grupper ska fungera, vilken roll representanterna ska ha och vilka frågor som ska tas upp. Det gäller också på vilket sätt ärenden ska behandlas och hur representanterna anknyter till den egna hemorganisationen samt hur ärenden återkopplas till beslutsgruppen.

En påfallande svårighet som redan från början visade sig när mötesstrukturen skulle upprättas var att finna en ordning som möjliggjorde att de olika huvudmännens verksamheter kunde representeras. Det visade sig inte var helt lätt att finna en optimal ledningsstruktur när de samverkande huvudmännen främst mellan kommun och region, men även privata utförare inom primärvården är så olika organiserade. Problemet uppstår inte endast mellan regionens verksamheter och kommunerna även om den är mest framträdande där, utan den uppkommer även på grund av att kommunerna är så olika till storlek. En lösning på problematiken blev att tematisera ledningsgruppernas mötesordning enligt ett schema som fick till följd en viss fall att enskilda representanter medverkar på flertalet möten. Det gjorde det möjligt att lösa representationen, men skapade samtidigt en orimlig arbetsbörda för dessa representanter. Man behöver således fundera över framtida lösningar vad gäller mötesordning och representation.

Kansliets betydelse för starten av Närvårdssamverkan betonas vid intervjuerna av representanter från såväl styrgruppen, delregionala politiska samrådet som ledningsgrupper. De är genom kansliets insatser som Närvårdssamverkan har utvecklats från de inledande dokumenten om arbetsordning och utformning till den struktur och processer som är idag. De medverkar också genomgående i alla möten som olika grupper har i Närvårdssamverkan. De flesta grupper träffas mellan 4-6 gånger under ett år. Det medför en svårighet att finna kontinuitet i arbetet och där har kansliet också spelat en central roll. De bidrar till att vidmakthålla kompetensen om ärenden mel-

lan mötena genom att medverka på alla möten, vilket blir ännu viktigare när närvaron från olika representanter tenderar att vara låg under vissa perioder. De bidrar också till att sprida kunskap om ärenden och frågeställningar till de olika grupperna. Kansliets personal har således en mycket central roll för Närvårdssamverkan såväl vad gäller arbetsformer som kunskapsutvecklingen. Har de fått en alldeles för framträdande roll? Frågan behöver ställas inte för att det i utvärderingen visar sig att kansliet inte bidrar eller medför svårigheter för beslutsstrukturen utan för att ledningsstruktur har utvecklat ett stort beroende till kansliets personal.

En annan aspekt som det finns anledning att belysa är kopplingen mellan styrgrupp, ledningsgrupper och utvecklingsråd samt de lokala arbetsgrupperna som inte är helt klar för dem som deltar i dessa grupper. Frågan är hur ett ärende eller en fråga om att påbörja ett utvecklingsarbete förs igenom beslutsstrukturen. Var initieras frågan och vem har möjlighet att initiera en fråga? Kan initiativ tas av medarbetare hos de olika parterna och är det i så fall i de lokala arbetsgrupperna som frågor ska tas upp eller är det i närvårdsområdenas ledningsgrupper? Vilken roll har utvecklingsråden i detta fall? Hur självständigt arbetar ledningsgrupperna och på vilket sätt sker kontakten med utvecklingsråden samt på vems initiativ? Det finns således en hel del frågor som inte har några klara svar, vilket gör att processen för hur ärenden tar sig igenom Närvårdssamverkans beslutsstruktur uppfattas som oklar. Denna oklarhet om hur ärenden processas i Närvårdssamverkan, som en del ger uttryck för i intervjuerna när det gäller såväl delstudien av den operativa verksamheten som ledningsstrukturen, är något som självfallet påverkar vilken förmåga som finns i Närvårdssamverkan när det gäller att initiera ett förändringsarbete och att befrämja behovet av samverkan. Det kan dock även få konsekvenser för vilken tilltro till Närvårdssamverkan som huvudmännens operativa verksamheter kommer ha om det inte är möjligt att förstå vad som händer i den beslutsstruktur som ska stödja verksamheternas samverkan.

## Bilaga 1. Metod för delstudie B.

### Deltagare

Urvalsprocessen för webbenkätundersökningen skedde i flera steg. Steg 1 var att kartlägga var vårdssamverkan sker i större utsträckning<sup>18</sup> inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar<sup>19</sup>. Kartläggningen innebar ett omfattande arbete. Det innebar att ta reda på vilka sjukhusavdelningar som i högre utsträckning samverkade med kommunerna, att identifiera vilka vårdcentraler som verkade i det geografiska området och identifiera vilka förvaltningar kommunernas verksamhetsområden delades in. Steg 2 var att göra ett ungefärligt 40 % urval av kartlagda verksamheter, som skulle ingå i undersökningen. Urval av avdelningar, mottagningar och verksamhetsområden skedde, med några få undantag, slumpmässigt genom lottning. Steg 3 var att identifiera professioner inom utvalda avdelningar, mottagningar och verksamhetsområden som skulle ingå i studien samt identifiera befintliga chefsnivåer. Ingående yrkesgrupper skilde sig åt mellan verksamheterna då MAS enbart förekommer inom kommun, läkare enbart finns inom regionen och att biståndshandläggare inte arbetar inom kommunens elevhälsa för att nämna några exempel. Enbart legitimerad personal valdes ut att ingå i undersökningen, varpå exempelvis vårdare, undersköterskor, läkarsekreterare och läkare under utbildning ej ingick. Exempel på chefsnivåer var enhetschefer, områdeschefer, avdelningschefer, verksamhetschefer, förvaltningschefer, habiliteringschefer, primärvårdschefer, sjukhusdirektörer och primärvårdsdirektör. Steg 4 var att kontakta chefer inom utvalda verksamheter för att få fram e-postadresser till utvald legitimerad personal samt till chefer.

### Urval sjukhus

Inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar finns två sjukhus. Dels är det Alingsås lasarett och dels Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), där även Skene lasarett ingår. Vid tiden för kartläggningen hade Alingsås lasarett sex avdelningar där vårdssamverkan med kommuner skedde i större utsträckning samt palliativt team med smärtsektion och Vårdplaneringsteam. De två senare var givna att ingå i undersökningen samt avdelningen ITVA 80 plus, varpå dessa togs med utan lottning. Utöver dessa valdes två avdelningar slumpmässigt ut att ingå i undersökningen. Akutmottagningen ingick inte i undersökningen, då endast AT-läkare<sup>20</sup> arbetade där. På Alingsås lasarett arbetade arbetsterapeuter och sjukgymnaster, men de var anställda av primärvårdens Närrehab och återfinns därför under urval primärvård.

En liknande indelning för SÄS, inklusive Skene lasarett, gjordes. Vid tiden för kartläggningen fanns 22 avdelningar där vårdssamverkan med kommuner skedde i större utsträckning. De tre avdelningarna Kirurgavdelning 4 inklusive palliativt resursteam, Vårdenhet för geriatrisk ortopedi och Vårdplaneringsteam inklusive TryggVE var givna att ingå i studien. För övriga 19 avdelningar valdes 8 slumpvis ut att ingå i studien. Utöver detta hade SÄS fyra avdelningar med arbetsterapi och sjukgymnastik inom enheten för rehabilitering och ortopedteknik, två av dessa valdes ut att ingå i studien. Inom SÄS finns även psykiatriavdelningar, en för barn och unga och fem för vuxna. Tre av dessa valdes ut att ingå i studien. Till SÄS hör även psykiatriska öppen-

---

<sup>18</sup> Matriser över kartläggningen och utvalda professioner återfinns under bilaga 2.

<sup>19</sup> Fler verksamheter finns där vårdssamverkan sker, men som ej kom med i denna undersökning då de är mindre verksamheter eller privata aktörer som exempelvis privat sjukgymnastik med få anställda.

<sup>20</sup> läkare under utbildning valdes ej ut att ingå i undersökningen

vårdsmottagningar, där tre av sju vuxenpsykiatriska och två av fyra barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar valdes ut. Liksom för Alingsås lasarett togs inte akutmottagningen med i undersökningen.

De yrkesgrupper<sup>21</sup> från sjukhusen som valdes ut att ingå i studien varierade mellan vårdavdelningar och rehabiliteringsavdelningar samt för psykiatriavdelningar och öppenvårdsmottagningar. De två senare avdelningarna fanns enbart på SÄS.

I enkätundersökningen hade 4 av 8 geografiska områden inom ambulanssjukvården valts ut att ingå. Eftersom det inte inkom några e-postadresser till utvalda yrkesgrupper resulterade det i att ambulanssjukvård inte ingår i undersökningen.

## Urval primärvård samt Habilitering och Hälsa

För primärvårdens del ingick 26 offentliga vårdcentraler och 8 privata vårdcentraler i kartläggningen, där 11 offentliga och 4 privata vårdcentraler valdes ut att ingå i undersökningen. Av utvalda vårdcentraler valde 3 offentliga och 1 privat att inte delta. En av de offentliga vårdcentralerna som valdes ut, och som inkom med e-postadresser, föll bort från undersökningen då utvärderaren missade att lägga till e-postadresser på sändlistan. I undersökningen ingick därför 7 offentliga vårdcentraler och 3 privata. För övrig primärvård valdes 4 av 10 barnmorskemottagningar, 3 av 7 ungdomsmottagningar, 2 av 5 barn- och ungdoms- medicinskottagningar samt 4 av 10 rehabiliteringsmottagningar ut att ingå. Inom det geografiska område som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg verkar finns även ett flertal privata utförare med få anställda inom arbetsterapi och sjukgymnastik. I aktuell undersökning fattades beslut att inte låta dem ingå i studien. Främsta anledningen var att många privata utförare kommer och går. En annan var svårigheten att få en överblick över samtliga verksamheter för att göra ett rättvist urval.

I Närvårdssamverkan Södra Älvsborg ingår även Habilitering och hälsa som återfinns både i Alingsås och i Borås, med olika upptagningsområden. Båda verksamheterna var vid undersökningstillfället uppdelade på barnhabilitering och vuxenhabilitering. Av dessa fyra delar lottades två ut att ingå i undersökningen. Ingående yrkesgrupper från primärvård samt Habilitering och hälsa sammanställs i bilaga 2.

## Urval kommuner

De tio kommuner som ingick i undersökningen var Alingsås, Bollebygd, Borås Stad, Herrljunga, Lerum, Mark, Svenljunga, Tranemo, Ulricehamn samt Vårgårda. I kartläggningen delades kommunerna<sup>22</sup> in i fem verksamhetsområden, utifrån de målgrupper som särskilt uppmärksammas inom Närvårdssamverkan. Dessa fem områden var vård och omsorg, IFO/socialtjänst, LSS/funktionshinder, socialpsykiatri samt elevhälsa. Det var inte helt enkelt att kartlägga kommunerna utifrån denna indelning, eftersom samma område kan ha olika benämning i kommunerna. Ytterligare kan samma område lyda under olika förvaltningar som benämns olika i kommunerna<sup>23</sup>. Vid tiden för kartläggningen benämndes exempelvis området vård och omsorg för Sektor Vård och omsorg i Lerum medan det i Alingsås hette Vård- och äldreomsorgsförvaltningen. I Vårgårda hörde samtliga fem områden till en och samma nämnd, Sektion Lärande och Omsorg.

---

<sup>21</sup> Utvalda professioner återfinns under bilaga 2.

<sup>22</sup> Inga privata utförare inom kommunal verksamhet valdes ut att ingå i studien.

<sup>23</sup> Se matris över kartläggning av kommunernas verksamheter i bilaga 2.

Inom vart och ett av de fem verksamhetsområdena lottades fyra kommuner ut att ingå i undersökningen. Det resulterade i 20 delar, där varje kommun var representerad två gånger. För dessa 20 delar identifierades verksamhetschefer för att få in mejladresser till berörd personal. Totalt inkom kompletta listor från 14 av dessa. Ingående yrkesgrupper från kommunerna återfinns under bilaga 2, där de delats upp på de fem verksamhetsområdena. Några av professionerna fanns inte i alla kommuner, som exempelvis MAR och MASS.

## Svarsfrekvens

Totalt skickades 1598<sup>24</sup> webbenkäter ut till chefer och medarbetare där 966 var anställda inom Västra Götalandsregionen, 599 var anställda i en kommun och 33 var anställda på en privat vårdcentral. Av det totala antalet utskickade enkäter besvarades 913, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 57 %. I tabellen nedan framgår antal som valdes ut och som besvarade enkäten samt svarsfrekvens, dels totalt för hela undersökningen och dels uppdelat på region, kommuner och privata vårdcentraler.

Svarsfrekvens för webbenkätundersökningen.

Arbetsgivare	Antal utvalda	Antal svarande	Andel svarande
Kommun	599	429	72 %
Västra Götalandsregionen	966	472	49 %
Privat vårdcentral	33	12	36 %
Totalt för enkätundersökningen	<b>1598</b>	<b>913</b>	<b>57 %</b>

Kommunanställda besvarade enkäten i störst utsträckning och andelen svarande var 72 %. Ungefär hälften (49 %) av dem som fick enkäten inom Västra Götalandsregionen och ungefär en tredjedel (36 %) av dem anställda på en privat vårdcentral besvarade enkäten. Här framgår också att av 913 inkomna svar, kom ungefär hälften (429 svar) från kommunanställda och ungefär hälften (472 svar) från regionanställda. Viktigt att notera i sammanhanget är att antalet svarande från privata vårdcentraler endast bestod av 12 personer och utgjorde en så liten del att det inte går att dra några slutsatser i resultaten kring denna grupp.

## Svarande inom Västra Götalandsregionen

De som besvarade enkäten och som var anställda inom Västra Götalandsregionen fick uppge vilken förvaltning de huvudsakligen arbetade inom. Antal och andel utvalda och svarande inom Västra Götalandsregionen redovisas nedan i tabellen, fördelat på regionens förvaltningar.

Svarsfrekvens för Västra Götalandsregionen.

Förvaltning inom Västra Götalandsregionen	Antal	Andel	Antal	Andel
---	-------	-------	-------	-------

<sup>24</sup> Det egentliga antalet utskickade enkäter var 1607. Vid analys av bakgrundsfrågor visade det sig att nio personer ej tillhörde utvalda yrkesgrupper för att ingå i studien, varpå de plockades bort från resultatdel.

	Utvalda	Utvalda	Svarande	Svarande
Sjukhus totalt	649	67 %	305	65 %
Alingsås lasarett	72		30	
SÅS	577		275	
Primärvård	276	29 %	136	29 %
Offentliga vårdcentraler	125		71	
Övrig primärvård	156		69	
Habilitering och hälsa	41	4 %	24	5 %
Annan			6	1 %
Totalt	966	100 %	471*	100 %

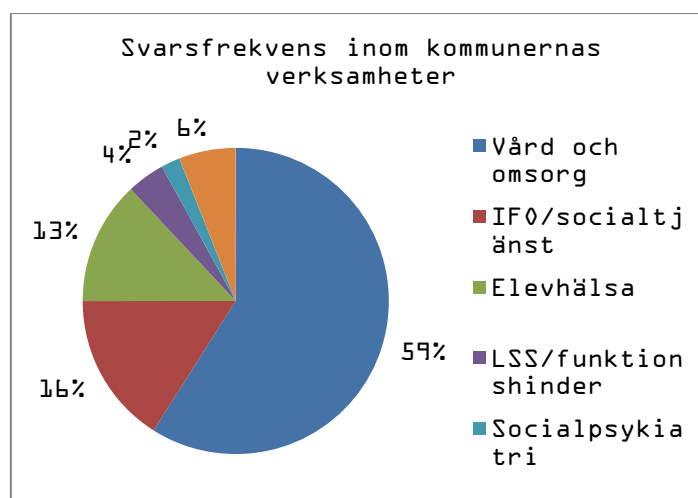
\* Bortfall var 1 person, varpå det totala antalet svarande hamnade på 471 personer

I tabellen framgår att av de 472 personer som besvarade enkäten från Västra Götalandsregionen var ungefär två tredjedelar (65 %) anställda på sjukhus, lite mer än en fjärdedel (29 %) var anställd inom primärvården (där hälften arbetade på vårdcentral), 5 % var anställda inom Habilitering och hälsa och 1 % kom från annan förvaltning. De som uppgav annan förvaltning kände sig inte hemmahörande i någon av övriga nämnda förvaltningar. Exempel på annan förvaltning som angavs var särskild primärvård, Samrehab och ungdomsmottagning. Här framgår även att fördelningen över andel svarande inom Västra Götalandsregionens förvaltningar stämmer väl överens med fördelningen över andel utvalda personer. Det pekar på en likvärdig benägenhet att besvara enkäten inom regionen.

### Svarande i kommunerna

Webbenkäten besvarades av 429 kommunanställda. I figuren nedan delas dessa in i respektive verksamhetsområde, utifrån andel svarande. Tyvärr kan antal och andel utvalda inom verksamhetsområdena inte redovisas, då flera av inkomna listor med e-postadresser saknade uppgifter om vilken kommunverksamhet de anställda tillhörde.

Svarsfrekvens inom kommunernas verksamheter.



Andel svarande utifrån de verksamheter som denna undersökning delade in kommunerna i, baserat på det totala antalet svarande inom kommunerna.

Av de kommunanställda som besvarade enkäten arbetade mer än hälften (59 %) inom vård och omsorg, ungefär en sjättedel (16 %) inom IFO/Socialtjänst, ungefär en sjundedel (13 %) inom elevhälsa, 4 % arbetade inom LSS/funktionshinder och 2 % inom socialpsykiatri. Här uppgav 6 % att de arbetade i en annan verksamhet än de ovan nämnda. Flera av dem angav ett kommunövergripande ansvar, ansvar för två eller flera verksamheter eller arbete inom utbildning och inte enbart elevhälsa som orsaker till att de inte kände sig hemmahörande i de på förhand angivna kommunverksamheter.

Även om aktuell undersökning inte kunde ange urvalsstorlek för kommunernas verksamhetsområden, kunde jämförelser göras mellan utskickade och besvarade enkäter för var och en av kommunerna, vilket görs i följande tabell.

Jämförelse mellan utskickade och besvarade enkäter inom kommunerna.

Kommun	Urval	Svarsfrekvens
Alingsås	7 %	6 %
Bollebygd	4 %	5 %
Borås	39 %	37 %
Herrljunga	5 %	5 %
Lerum	5 %	5 %
Mark	18 %	20 % <sup>25</sup>
Svenljunga	5,5 %	5 %
Tranemo	9 %	9 %
Ulricehamn	4,5 %	5 %
Värgårda	3 %	3 %
Totalt	100 %	100 %

Andel i respektive kommun som valdes ut att ingå i undersökningen och andel som besvarade enkäten, utifrån det totala antalet utvalda och svarande.

Av de totalt 599 enkäter som gick ut till kommunanställda, skickades 39 % till anställda i Borås Stad, som för övrigt är den största kommunen till invånarantalet och 18 % av enkäterna skickades till anställda i Mark. En bidragande orsak till det stora urvalet från Marks kommun var att Samrehab arbetsterapi och sjukgymnastik hade Marks kommun som huvudsaklig arbetsgivare. För Närrehab (Lerum, Alingsås och Herrljunga) gällde inte samma organisering, medarbetare inom denna verksamhet hade Västra Götalandsregionen som huvudsaklig arbetsgivare. Av de 429 enkäter som besvarades av kommunanställda kom mer än en tredjedel (37 %) från Borås Stad och en femtedel (20 %) kom från Marks kommun.

<sup>25</sup> Samtliga inom Samrehab är anställda av Marks kommun. Några av dem utför dock sitt uppdrag i Svenljunga kommun eller inom Västra Götalandsregionen. Inkomna svar visar att några av dessa personer räknar Västra Götalandsregionen eller några Svenljunga som sin arbetsgivare. Dessa svar har omdirigerats gällande bakgrundsfrågor, så att de i resultatdelen tillhör Marks kommun.

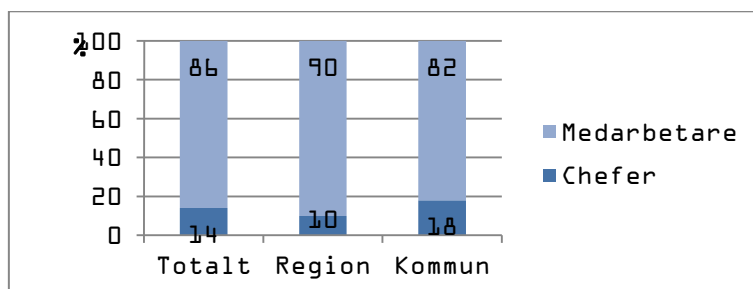
I tabellen framgår att andel medarbetare i kommunerna som valdes ut att ingå i undersökningen och andel medarbetare som besvarade enkäten, stämmer väl överens för var och en av kommunerna. Exempelvis kan sägas att av det totala antalet kommunanställda som valdes ut att ingå i enkätundersökningen kom 7 % från Alingsås. Och av det totala antalet kommunanställda som besvarade enkäten kom 6 % från Alingsås. Resultaten visar att benägenheten att besvara enkäten var ungefär lika stor bland kommunanställda, oavsett i vilken kommun de var anställda.

#### Svarsfrekvens för chefer och medarbetare

Det gick inte att jämföra andel utvalda chefer och medarbetare med andel chefer och medarbetare som besvarade enkäten. Anledningen var att det inte alltid framgick vilka som var chefer eller medarbetare i inskickade listor med e-postadresser.



Svarsfrekvens för chefer och medarbetare



Av dem som besvarade enkäten var totalt sett 14 % chefer och 86 % medarbetare. Av de svarande inom regionen var 10 % chefer och 90 % medarbetare. Motsvarande andel från kommunerna var 18 % chefer och 82 % medarbetare. Utöver detta, och som inte framgår i ovanstående figur, var 58 % enhetschefer, 26 % verksamhetschefer, 5 % förvaltningschefer och 10 % hade annan typ av chefsanställning av det totala antalet chefer som besvarade enkäten.

## Webbenkät

I enkätstudien skickades en webbenkät ut till de utvaldas e-postadresser. I enkäten utgjorde bakgrundsfrågor, om respondenten hört talas om Närvårdssamverkan tidigare samt frågor kring implementeringen av Närvårdssamverkan tre huvudområden. Enkäten använde sig av riktade bakgrundsfrågor, där respondenten dirigerades vidare till passande alternativ utifrån tidigare angivna svar. Exempel på detta var att respondenter som angav kommun som arbetsgivare dirigerades vidare till frågor om vilken kommun och kommunverksamhet de arbetade inom. En avgörande fråga för antalet frågor som respondenten fick svara på var om denne hade hört talas om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg tidigare. De som inte hade hört talas om samverkansstrukturen tidigare behövde inte besvara ytterligare frågor i enkäten, utan tackades för sin medverkan. De respondenter som hade hört talas om Närvårdssamverkan fick besvara påståenden som handlade om implementeringen av Närvårdssamverkan, som i sin tur var indelade i fyra områden. Dessa var kännedom om och förväntningar på Närvårdssamverkan, samt förutsättningar och svårigheter för Närvårdssamverkan. Påståendena om implementeringen handlade exempelvis om respondenterna hade kännedom om hur Närvårdssamverkan är organiserat, om intentionerna med Närvårdssamverkan var väl kända och om ledningsstrukturen förväntades bidra till bättre insatser för brukare. Påståendena besvarades på en 5-gradig intervallskala, där merparten av motpolerna bestod av alternativen "stämmer mycket dåligt" och "stämmer mycket bra". För bakgrundsfrågor och frågan om respondenterna hade hört talas om Närvårdssamvekan tidigare presenterades svarsalternativen på nominalskalennivå. För var och en av frågorna kunde endast ett svarsalternativ väljas.

## Procedur

Webbenkäten skickades ut i början av mars 2012. Det gick ut ett e-postmeddelande som innehöll kort information om målgrupp, syfte med enkäten, kontaktuppgifter vid frågor samt en länk till webbenkäten som respondenten kunde klicka på för att lämna sitt svar. Enkäten inleddes med ytterligare information om undersökningen samt hur enkäten skulle fyllas i. Det tog ungefär tio minuter att fylla i enkäten och det fanns möjlighet att ta paus i ifyllandet och återkomma vid ett

annat tillfälle. Två påminnelser skickades ut för webbenkäten, där den första gick ut efter 13 dagar och den andra efter ytterligare 12 dagar.

### Tankar kring enkäten

Inför den planerade uppföljningen av enkätstudien bör det poängteras att det finns förbättringsområden för själva enkäten. Exempelvis kan det noteras att både bortfall och andel som valde svarsalternativet "Vet ej" var högre för påståendena som rörde förutsättningar samt hinder och svårigheter än för påståendena som rörde kännedom om och förväntningar på Närvårdssamverkan. Det kan tyda på att enkäten innehöll för många frågor, att det tog för lång tid att fylla i enkäten eller att påståendena var för invecklade att svara på. Eventuellt bör antalet frågor reduceras för dessa block vid uppföljningen.

En annan sak som rör påståendena om förutsättningar och svårigheter är om det är möjligt att dela upp dessa påståenden i två separata block? I dagsläget går det inte att med säkerhet fastställa att ett påstående hör till det ena eller det andra blocket. För att ta reda på det bör en faktoranalys göras.

Utöver detta var påståendena som rörde hinder och svårigheter svåra att analysera, och eventuellt även svåra att besvara. Anledningen är att de påstod två saker samtidigt och att det därför inte med säkerhet går att fastställa vad respondenterna svarade på. Som exempel kan man ta påståendet som handlade om att kommun och region har olika lagstiftning. Tanken med påståendet var att ta reda på om man upplevde att olika lagstiftning mellan region och kommun medförde svårigheter att genomföra Närvårdssamverkan. Här finns risk att respondenterna svarade att det "stämmer mycket bra" att kommun och region har olika lagstiftning, utan att de svarar på om det medför svårigheter. För att besvara frågan rätt måste respondenten tänka i två steg. Det första är att ta ställning till om det stämmer att region och kommun har olika lagstiftning. Det andra steget är att ta ställning till om det i så fall medför svårigheter. Ett annat exempel är om en respondent anser att det finns beslut i enskilda organisationer som inte överensstämmer med NVS, utan att det för den sakens skull medför problem. Här finns risk att respondenten svarar att det "stämmer mycket" bra. Det korrekta svaret skulle egentligen ha varit att det "stämmer mycket dåligt" att inkongruens mellan beslut fattade i den egna organisationen och inom Närvårdssamverkan medför svårigheter. Vid uppföljningen av enkäten bör detta beaktas.

## Bilaga 2. Sammanställningar närårdsamverkan

Avdelning	Avdelning	Enhet för rehabilitering och ortopedteknik (Efro)	Psykatri-avdelningar	Vuxenpsykiatrisk öppenvårds-mottagning	Barnpsykiatrisk öppenvårds-mottagning	Övrigt
Barn Barnavdelning 1 och 2	Kirurgivårdsavdelning 4 inklusive palliativt resursteam	Arbetssterapiavdelning	BUP Barn- och ungdomspsykiatrisk akutvårdsavdelning	Alingsås	Alingsås	Akutmottagning (endast Akutläkare???)
E 31 Hjärt och lungvård	Medicinsk akutvårdsavdelning	S11 Arbetssterapi	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 1	Bollebygd - nej!	Bollebygd- Elinsdal - egen??	
E 32 Öron och infektionsavdelning	Medicinvårds-avdelning 4	S22 Sjukgymnastik	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 2	Borås (- Björkängen, Centrum, Katrine dal??)	Borås (- Björkängen, Centrum, Katrine dal??)	
E 41 lungmedicinsk vård	Neonatal	Sjukgymnastikavdelning	Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 3	(Herrljunga - samma som Vårgårda)	(Herrljunga - samma som Alingsås)	
E 51 ortopedisk vård	R 45 Vårdenhet för rehabiliteringsmedicin		Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 4	Lerum	(Lerum - samma som Alingsås)	
E 61 Vårdenhet för kirurgi	R 55 Vårdenhet för neurologi och reumatologi		Vuxenpsykiatrisk vårdavdelning 5	Mark - Skene	Mark - Skene	
E 71 Vårdenhet för hematologi och onkologi	R 65 Vårdenhet för stroke			(Svenljunga - Kind - samma som Tranemo)	(Svenljunga - samma som Mark)	
E 81 Gynekologisk och kirurgiskvård	* R 66 Vårdenhet för geriatrisk ortopedi			Tranemo	(Tranemo- Solhem - samma som Borås?)	
HIA Hjärtintensivavdelning	Vårdenhet 1, Skene			Ulricehamn	(Ulricehamn: Solhem, samma som Borås?)	
Infektion Infektionsavdelning	Vårdenhet 2, Skene			Vårgårda	(Vårgårda - samma som Alingsås)	
Kirurgisk akutvårdsavdelning	*Vårdplaneringsteam inklusive TryggVE					

Ambulanssjukvård	Avdelning	Mottagning	Övrigt
Alingsås	Avdelning 5 - hjärtsjukvård	Akutmottagning (endast AT-läkare)	Palliativt team, med smärtsektion
Borås	Avdelning 6 - akut och planerad vård		Vårdplaneringsteam
Herrljunga	Avdelning 7 - internmedicinsk slutenvård		
Lerum	Avdelning 8 - ortopedisk		
Skene	Avdelning 9 - medicin med strokeinriktning		
Svenljunga	ITVA 80 plus		
Tranemo			
Vårgårda			
Ulricehamn			

Ambulanssjukvård ska eg. presenteras under SÄS

I tabellen nedan återfinns de yrkesgrupper som ingick i undersökningen från sjukhusen. Ingående yrkesgrupper varierade mellan vårdavdelningar, rehabiliteringsavdelningar och psykiatriavdelningar. De två senare avdelningarna fanns enbart på SÄS.

Utvalda professioner för sjukhus. Ett kryss motsvarar att efterfrågad yrkesgrupp finns på avdelningen. Rehabiliterings- och psykiatriavdelningar förekom endast på SÄS.

	Vårdavdelningar	Rehabiliterings- avdelningar	Psykiatri- avdelningar
Chefer på samtliga nivåer	X	X	X
Sjuksköterskor	X		X
Arbetsterapeuter		X	
Sjukgymnaster		X	
Kuratorer/Socionomer		X*	X
Terapeuter/Psykologer		X*	X
Läkare (ej AT-/ST- läkare)	X		X
Dietister		X*	

\*Osäkert huruvida samtliga anställdas e-postadresser kom med på sändlista.

**Där vårdssamverkan sker i större utsträckning**

	Alingsås	Bollebygd	Borås	Herrljunga	Lerum	Mark	Svenljunga	Tranemo	Ulricehamn	Vårgårda
<b>VG Primärvård</b>	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc
Vårdcentral (+BVC)	Sollebrunn	Bollebygd	Boda	Herrljunga	Floda	Skene med Distrikts-ssk-mott. Örby	Svenljunga med Distrikts-ssk-mott. Östra Frölunda	Tranemo med Distrikts-ssk-mott.: a. Dalstorp b. Limmared c. Långhem	Ulricehamn	Vårgårda
	Vc	Vc	Dalsjöfors	Vc	Gråbo	Vc	Vc		Dalum	
	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc	Vc			
	Ängabo		Fristad	Lerum	Lerum	Kinna	Frölunda			
			Vc Heimdal			Vc Horred				
			Vc Sandared			Vc Sätila				
			Vc Sjöbo							
			Vc Stora Torget							
			Vc Trandared							
			Vc Viskafors							
Privata	Centrum		Alliäkliniken			Medhelp			Hälsobrunnen	
	Bräcke Diakoni		Sleipner						Praktiker tjänst	
Vårdcentraler (+BVC)	Noltorp		Brämhufts vårdcentral							
	Carema		Herkules							
	Nötkärnan		Vårdcentral (Norrby på väg att starta)							
	Sävelången									
<b>Övrig</b>										
<b>Primärvård</b>										
Barnmorske-mottagning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ungdoms-Mottagning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Barn- och ungdoms-medicinsk mott.	Ja	Ja	?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
rehabilitering region (AT/SG)	Närrehab (även Alingsås lassarett)	Aktiv Praktik-Bollebygd AB	Primärvårds-rehab Sjukgymnastik och arbetsterapi (även Bollebygd)	Närrehab Team Herrljunga)	Närrehab	Samrehab (kommun, primv, SÄS Skene)	Samrehab samverkan med Mark, dock egen personal	Primärvårds-rehab SG och AT	Primärvårds-rehab SG och AT Sjukgymnastik (privat)	Samma som Alingsås

Alingsås	Borås
Vuxenhabilitering	Vuxenhabilitering
Barnhabilitering	Barnhabilitering

I nedanstående tabell framgår att ingående yrkesgrupper varierade mellan VG primärvård och övrig primärvård.

Utvalda professioner för primärvård samt Habilitering och Hälsa

	VG primärvård & privat primärvård	Barnmorske- och ungdoms- mottagning	Barn- och Ung- domsmedicinsk mottagning	Rehabilitering	Habilitering och hälsa
Chefer på samtliga nivåer	X	X	X	X	X
Sjuksköterskor	X		X		X
Arbets terapeuter	X		X	X	X
Sjukgymnaster	X		X	X	X
Kuratorer/ Socionomer	X	X	X		X
Terapeuter/ Psykologer	X	X	X		X
Läkare (ej AT- /ST- läkare)	X	X	X		X
Dietister				X*	
Barnmorskor		X			X
Gynekologer		X			X

\*Osäkert huruvida samtliga dietisters e-postadresser kom med på sändlista.

Ett kryss motsvarar att efterfrågad yrkesgrupp finns i verksamheten. Några av de i yrkesgrupper från rehabilitering arbetar på Alingsås lasarett, men är anställda av primärvårdens Närrehab.

	Alingsås	Bollebygd	Borås	Herrljunga	Lerum	Mark	Svenljunga	Tranemo	Ulricehamn	Vårgårda
Vård och omsorg	Vård- och äldre-omsorgs-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	Stadsdel Öster, Väster och Norr	Vård- och omsorgs-förvaltningen	Sektor Vård- och omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen (avdelning äldre-omsorg och funktions-hinder)	Välfärd	Sektion Lärande och Omsorg
IFO/ Socialtjänst	Social-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	IFO = Sociala omsorgs-förvaltningen Försörjnings-stöd = Arbetslivs-förvaltningen	Individ- och familje-omsorgs-förvaltningen	Sektor Individ- och familje omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen	Välfärd	Sektion Lärande och Omsorg
LSS/ Funktions-hinder	Social-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	Sociala omsorgs-förvaltningen	Vård- och omsorgs-förvaltningen	Sektor Vård- och omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen	Välfärd	Sektion Lärande och Omsorg
Socialpsykiatri	Social-förvaltningen	Omsorgs-förvaltningen	Sociala omsorgs-förvaltningen	Individ- och familje-omsorgs-förvaltningen	Sektor Vård- och omsorg	Social-förvaltningen	Social-förvaltningen	Omsorgs-sektionen	Välfärd	Sektion Lärande och Omsorg
Elefhälsa	Barn och ungdoms-omsorgs-förvaltningen	Barn och utbildnings-förvaltningen	Stadsdel Öster, Väster och Norr	Utbildnings-förvaltningen	Sektor Lärande	Barn och utbildnings-förvaltningen	Barn och utbildnings-förvaltningen	Lärande-sektionen	Lärande	Sektion Lärande och Omsorg

Yrkesgrupperna i tabellen presenteras utifrån de fem områdena vård och omsorg, LSS/funktionshinder, IFO/socialtjänst, socialpsykiatri och elevhälsa. I tabellen framgår att ingående yrkesgrupper varierade mellan områdena. Några av professionerna återfanns inte i alla kommuner, som exempelvis MAR och MASS.

Utvalda professioner för kommuner.

	Vård och Omsorg	LSS/ Funktionshinder	IFO/ Social- tjänst	Socialpsykiatri	Elevhälsa
Chefer på samtliga nivåer	X	X	X	X	X
*MAS	X	X		X	
**MAR	X	X		X	
***MASS					X
Sjuksköterskor	X	X		****X	*****X
Arbetssterapeuter	X	X		X	
Sjukgymnaster	X	X			
Bistånds-handläggare	X				
LSS-handläggare		X			
Handläggare			X	X	
Kuratorer					X
Skolpsykologer					X
Specialpedagoger					X
I vissa fall skolläkare					X

\*Medicinskt ansvarig sjuksköterska, \*\* Medicinskt ansvarig för rehabilitering (finns ej i alla kommuner), \*\*\* Medicinskt ansvarig skolsjuksköterska (finns ej i alla kommuner), \*\*\*\*psykiatrisjuksköterska, \*\*\*\*\*skolsköterskor

Ett kryss motsvarar att efterfrågad yrkesgrupp finns i verksamheten. Några av professionerna återfanns enbart i vissa kommuner.



# Bilaga 3. Enkät om implementeringen av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

## Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Enkäten är utformad med påståenden för att du ska kunna beskriva vad du vet om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och vilka förväntningar du har.

Din uppfattning är viktig för oss och vi är därför angelägna om att du tar dig tid att besvara enkäten.

Enkäten är konfidentiell vilket innebär att svaren på enkäten kommer att behandlas så att inga enskilda svar kan urskiljas i resultatet av utvärderingen.

Påståendena besvaras genom att du markerar det svarsalternativ som stämmer bäst för dig. Det är önskvärt att du inte hoppar över några påståenden.

Det går att pausa ifyllandet av enkäten och komma tillbaka vid ett senare tillfälle.

Det tar ungefär 10 minuter att fylla i enkäten.

### 1. Arbetsgivare

Om du ha flera arbetsgivare markera vem som är huvudarbetsgivare

- Västra Götalandsregionen
- Kommun
- Privat utförare

### 2. Inom vilken förvaltning arbetar du?

Om du arbetar inom flera förvaltningar, markera den förvaltning där du arbetar mest.

- Alingsås lasarett
- Södra Älvsborgs Sjukhus
- Primärvård
- Habilitering och Hälsa
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

### 3. Min arbetsplats är

Om du har flera arbetsplatser, markera din huvudsakliga arbetsplats

- Barn och ungdomsmedicinsk mottagning
- Barnmorskemottagning
- Rehabilitering
- Ungdomsmottagning
- Vårdcentral
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

### 4. I vilken kommun arbetar du?

- Alingsås
- Bollebygd
- Borås
- Herrljunga
- Lerum
- Mark
- Svenljunga
- Tranemo
- Ulricehamn
- Vårgårda

**5. I vilken verksamhet arbetar du?**

- Vård och omsorg
- Socialtjänst
- Socialpsykiatri
- LSS/funktionshinder
- Elevhälsa
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

**6. Är du i huvudsak**

- Chef
- Medarbetare
- Annat, nämligen \_\_\_\_\_

**7. Chef**

- Enhetschef/Avdelningschef
- Verksamhetschef
- Förvaltningschef
- Annan typ av chef, nämligen \_\_\_\_\_

**8. Vilken tjänstebetäckning har du?**

- Arbetsterapeut
- Bistånds-/LSS-handläggare
- Handläggare inom socialtjänst
- Kurator
- MAS/MAR/MASS
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Skolpsykolog
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

**9. Vilken tjänstebetäckning har du?**

- Arbetsterapeut
- Barnmorska
- Dietist
- Kurator
- Logoped
- Läkare
- Psykolog/Terapeut
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Specialpedagog
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

**10. Vilken tjänstebetäckning har du?**

- Arbetsterapeut
- Barnmorska
- Dietist
- Kurator
- Läkare
- Psykolog/Terapeut
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Annan, nämligen \_\_\_\_\_

**11. Har du som sjuksköterska någon form av specialuppdrag?**

Specialuppdrag kan till exempel vara att du arbetar som demenssjuksköterska, psykiatrisjuksköterska eller vårdplaneringssköterska.

- Ja
- Nej

Om ja, vilket specialuppdrag?

---



### Kännedom om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Här följer några påståenden som vi vill att du tar ställning till. Påståendena handlar om hur väl du känner till Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

#### 12. Jag har hört talas om Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

- Ja  
 Nej

#### 13. Jag har kännedom om

	Mycket liten kännedom	Ganska liten kännedom	Varken liten eller stor kännedom	Ganska stor kännedom	Mycket stor kännedom	vet ej
Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hur Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är organiserat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vilka målgrupper som särskilt uppmärksammas i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vilka representanter som ingår i ledningsgruppen för mitt närståndsområde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Förutsättningar för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Följande påståenden handlar om vilka förutsättningar som finns på den enhet där du arbetar för att genomföra Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

#### 14. I den verksamhet där jag arbetar

	Stämmer mycket dåligt	Stämmer ganska dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer mycket bra	vet ej
finns behov av samverkan mellan kommun och region.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
är vi motiverade att arbeta med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finns behov av omorganisering för att underlätta för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har vi omorganiserat för att underlätta för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
har ledningen prioriterat Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finns tillräckliga resurser för att kunna arbeta med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
är intentionerna med Närvårdssamverkan Södra Älvsborg väl kända.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Förväntningar på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Följande påståenden handlar om de förväntningar du har på Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. I texten används ordet brukare som här representerar elever, vårdtagare, patienter och klienter. Kryssa i det svarsalternativ som bäst stämmer överens med din uppfattning.

