

AVTAL, VÄGEN TILL SAMVERKAN?

En studie om samverkansavtalen
mellan Stockholms stad och lands-
tinget inom äldreområdet

Jenny Österman
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:2
ISSN 1401-5129



FÖRORD

Problem att samverka mellan vårdens och omsorgens huvudmän, landsting och kommun, har stått i fokus åtminstone de senaste 50 åren. Olika sätt att lösa dessa frågor har vidtagits under åren, allt från lokala lösningar till lagstiftning. I Stockholms län har huvudmännen angett vikten av samverkan genom att teckna särskilda avtal om hur samverkan ska utformas på alla de områden där kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har beröringspunkter.

Stockholms stad har gett Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum uppdraget att kartlägga och utvärdera vilken betydelse den centrala samverkansöverenskommelsen som träffades 2002, lokala samverkansöverenskommelser som därefter träffats och övriga överenskommelser haft inom äldreområdet.

Denna studie bygger på genomgång av avtal och minnesanteckningar från samverkansmöten, intervjuer med deltagare i samverkansgrupper och en enkät till verksamhetschefer. Resultaten visar att samverkansklimatet förbättrats under detta årtionde, och att en avgörande faktor är att samverkansavtalen gett en struktur för regelbundna gemensamma möten vars syfte är att lösa de samverkansproblem som uppstår.

Arbetet hos Äldrecentrum har utförts av utredaren Jenny Österman och under-tecknad. Kontaktperson hos staden har varit äldreförvaltningens chef Gunnel Rohlin, och hos Stockholms läns landsting utvecklingssamordnare Gun Ivergård.

Stockholm 2007-02-27

Sven Erik Wånell
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

SAMMANFATTNING	1
UPPDRAGET	4
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	4
METOD OCH MATERIAL	4
<i>Bortfall</i>	5
BAKGRUND	6
AVTALEN	8
POLICYFÖRKLARING KRING SAMVERKAN I STOCKHOLMS LÄN	8
SAMVERKANSÖVERENSKOMMELSER	9
<i>Central överenskommelse</i>	9
<i>Lokala samverkansöverenskommelser</i>	10
DEN CENTRALA SAMVERKANSGRUPPEN	12
VIKTIGASTE ÄLDREFRÅGORNA	13
INTERVJUER MED CENTRALA SAMVERKANSGRUPPEN	14
<i>Viktiga frågor</i>	14
<i>Mötet avgörande för en fungerande samverkan</i>	15
<i>Avtalets betydelse för samverkan</i>	15
<i>Uppföljning av avtalen</i>	16
<i>Avvikelsehantering</i>	17
INTERVJUER MED LOKALA SAMVERKANSGRUPPERNA	18
<i>Vilka deltar?</i>	18
<i>Viktiga frågor</i>	18
<i>Mötet avgörande för samverkan på alla nivåer</i>	19
<i>Samarbetsklimatet</i>	20
<i>Avtalets roll för samverkan lokalt</i>	20
<i>Verksamhetsförändringars betydelse för samverkan</i>	21
<i>Uppföljning</i>	21
<i>Hinder för samverkan</i>	22
<i>Goda exempel för samverkan mellan staden och landstinget</i>	23
Hässelgården	23
Välfärdsutveckling i Skärholmen	23
Gemensam beställning	23
Vårdgivarmöten	23
Läkare i kommunen	24
Vård i samverkan	24
Insatsgrupp	24
KÄNNEDOM OM SAMVERKANSAVTALEN	25
<i>Ledningens bedömning</i>	25
<i>Verksamhetschefernas bedömning</i>	25
<i>Avtalets värde</i>	27
<i>Samverkan i praktiken</i>	28
<i>Tankar om hinder för samverkan</i>	29
<i>Samverkansavtalens och samverkansmötenas betydelse</i>	30

ARBETET MED AVVIKELSERAPPORTERING	31
DISKUSSION.....	33
<i>Avtalets betydelse är själva mötet.....</i>	<i>33</i>
<i>Effekter för den äldre?</i>	<i>33</i>
<i>Rätt personer som kan fatta beslut</i>	<i>34</i>
<i>Informera eller planera?</i>	<i>34</i>
<i>Uppföljning</i>	<i>34</i>
<i>Hinder</i>	<i>35</i>
FRAMGÅNGSFAKTORER	36
<i>Slutsats</i>	<i>36</i>
REFERENSER.....	37
ÖVRIGA REFERENSER	37
BILAGOR.....	39
<i>Bilaga 1. Intervjuguide Centrala samverkansgruppen.....</i>	<i>39</i>
<i>Bilaga 2. Intervjuguide samrådsgrupperna.....</i>	<i>41</i>
<i>Bilaga 3. Enkätfrågor</i>	<i>43</i>
<i>Bilaga 4. Tabeller enkätundersökningen.....</i>	<i>48</i>

SAMMANFATTNING

Samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och landstinget har sedan åttiotalet, med några undantag, reglerats i olika samverkansavtal. 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre. För att ytterligare förbättra möjligheten att skapa gemensamma samverkansrutinerna mellan huvudmännen träffade Stockholms stad och Stockholms läns landsting en central överenskommelse 2002, vars syfte dels var att skapa en god samverkansanda men också att komplettera och förtydliga gällande lagstiftning samt utgöra en grund för lokala överenskommelser för att förbättra vården för den enskilde.

Våren 2006 fick Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i uppdrag att kartlägga betydelsen av de avtal som tecknats om samverkan avseende äldreomsorg och äldreomsorg mellan staden och Stockholms läns landsting. Uppdragsgivare var Stockholms stad, Valfärd och utbildningsavdelningen.

De avtal som tecknats central och lokalt avser samverkan inom alla de områden där stadens socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har beröringspunkter. I denna studie har fokus legat på omsorgen och vården av äldre. Studien avser samverkan på de två nivåerna landstinget-staden och landstinget-stadsdelarna, däremot inte stadsdelsövergripande samverkan som berört del av staden (söder, innerstad, västerort).

Studien kom att omfatta den centrala förvaltningen samt sju av stadens 18 stadsdelar. Stadsdelarna valdes för att få med olika delar av staden och med olika struktur, i syfte att kunna se eventuella olikheter eller likheter inom staden. Följande stadsdelar kom att ingå i studien; Hässelby-Vällingby, Kista, Östermalm, Maria-Gamla stan, Skarpnäck, Vantör och Skärholmen.

Resultaten i studien baseras på intervjuer med representanter i den centrala samverkansgruppen och från de lokala samrådsgrupperna i de sju undersökningsområdena i Stockholms stad. I de utvalda stadsdelarna har enkäter skickats ut till ett urval enhetschefer i staden och landstinget samt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) i respektive utvald stadsdel.

Syftet med studien var att studera hur Stockholms stad och Stockholms läns landsting genom avtal har utvecklat sin samverkan inom äldreområdet, samt hur avtalen påverkat samarbetet mellan parterna. Studien belyser hur man på tjänstemannanivå arbetar med samverkansavtalen via samverkansmöten och liknande arbetsformer. Den ger däremot inget svar på vilka resultat detta gett för den enskilde äldre som har insatser från båda huvudmännen.

En samstämmig bild från intervjuerna är att samverkansklimatet blivit bättre sedan början av 2000-talet, vilket kan tillskrivas det faktum att representanter från staden och landstinget träffas regelbundet. Samverkansavtalens främsta funktion har varit att ge en stadga och skapa en ram för regelbundna möten.

Framgångsfaktorer har då varit att deltagarna betraktat mötena som viktiga, och att det varit en kontinuitet i vilka som deltar. De intervjuade menar att kontakter knyts och samverkanskanaler stärks genom dessa samverkansmöten. Många problem kan man enkelt klara av genom att man lärt känna varandra, de behöver aldrig växa sig stora eller behandlas vid samverkansmöte, man löser det underhand.

Det finns en tro bland de intervjuade både på central- och lokal nivå att en förutsättning för att samverkan skall fungera ute i verksamheterna är att det är ett bra samverkansklimat på tjänstemannanivå. Om man på ledningsnivå är överens om att samverka så ger det tydliga signaler nedåt i organisationen. Eller som en av de intervjuade sa ”för att man ska kunna samarbeta nedåt i organisationen så måste man vara sams högst upp, är man inte sams högst upp, då blir samarbetet bräckligt och det får ingen legitimitet”

Samverkan kan ske med olika ambitionsnivå. En basal nivå är att hålla varandra informerade. En stor del av den centrala samverkansgruppens tid har ägnats åt att informera varandra om förändringar i verksamhet och organisation. Liknande gäller för de lokala samrådsgrupperna. Flera intervjuade nämner att man härigenom har fått en ökad kunskap om varandras verksamheter, och en ökad respekt för den andre.

Mindre vanligt har varit att man tillsammans planerat verksamhetsförändringar eller utformat gemensamma lösningar. I ett par stadsdelar finns dock goda exempel på lösningar inom de områden där samverkan varit särskilt svår, såsom rehabilitering (Skarpnäck) och omsorgen av äldre med stora och sammansatta behov (Skärholmen).

Det har i intervjuerna varit svårt att peka ut exempel där avtalen gett konkreta resultat. Utöver att avtalen resulterat i mötena i sig anses de fylla ett viktigt syfte genom att tydliggöra vilket ansvar respektive huvudman har. De kan, som några sagt, fungera som ett rättesnöre som man kan ta fram när problem uppstår, något att luta sig mot när åsikterna mellan huvudmännen går isär. Det har då varit värdefullt att arbetet med avtalen inleddes med en noggrann kartläggning av det rättsliga läget.

Enligt samverkansavtalet ska avvikelser mot god samverkan dokumenteras. Detta görs vanligen av MAS. Det finns dock ingen systematisk sammanställning av dessa avvikelser, och det är också oklart hur väl känt det är ute i verksamheten att samverkansproblem kan och bör dokumenteras på detta vis. Ytterst få avvikelser når den centrala samverkansgruppen. I samtliga stadsdelar poängterar man att brister i vården helst ska lösas lokalt, mellan berörda parter. Det kan dock finnas skäl att skapa en enkel struktur för att göra och sammanställa avvikelser mot god samverkan. På samma sätt som avvikelser i övrigt i vården dokumenteras som ett led i att förbättra vården bör samverkansavvikelser dokumenteras och sammanställas, så som samverkansavtalet är tänkt.

De intervjuade ansåg att det fränsett spridning av en centralt framtagen broschyr om samverkansavtalet inte skett någon information om avtalen. De intervjuade menar att informationsansvaret ute i organisationen ligger på verksamhetscheferna, och man räknar med att de känner till avtalen. Enkäten tyder också på att flertalet verksamhetschefer känner till avtalen. Kunskapen varierar dock mellan undersökningsområdena. Däremot angav tre fjärdedelar av cheferna att det inte förekommit några aktiviteter för att göra samverkansavtalen kända för vård och omsorgspersonalen.

Enligt enkäten till verksamhetscheferna fungerar samverkan kring läkemedel och delegering ganska väl, 65 procent anser att det fungerar bra. Samverkan kring rehabilitering fungerar däremot sämre, här ansåg endast 50 procent av dem som besvarat enkäten att det fungerar bra. Enligt enkäterna fungerar samverkan kring utskrivningsklara dåligt. Bäst betyg får samverkan kring läkarinsatser, drygt 70 procent svarade att de ansåg att det fungerar bra.

Enligt de intervjuade och enkäterna fanns även faktorer som kan innebära hinder för samverkan. Samverkansklimatet kan skadas om man inte på högsta ledningsnivå har en ambition att prioritera samverkan.

Samverkan är personbunden, vilket kan ge problem när personer byts ut. Avtalen i sig säkerställer inte att det finns en hållbar struktur, den goda samverkan bygger mer på de deltagande personerna än på avtalen i sig.

I en del intervjuer framskymtar att landstingets organisation kan innebära att det blir långt till besluten. Vissa frågor hamnar i långbänk. En risk som framkommit är också att ambitionen att det ska vara likvärdigt i länet kan förhindra lokala överenskommelser och därmed komma i konflikt med strävan att finna bra lokala samverkanslösningar. Det har också kommit fram att frågor kan falla mellan beställare och utförare, något vissa stadsdelar löst genom att även utförarna är med vid mötena.

Att ekonomin kan ha en negativ inverkan på hur samverkan fungerar är man helt överens om. Budgeten gör lätt att huvudmännen ”vaktar” sina pengar istället för att se till vinsterna med att samverka utifrån den enskilda individen.

UPPDRAGET

Äldrecentrum har fått i uppdrag av Stockholms stad, Välfärds- och utbildningsavdelningen, att kartlägga hur samverkansavtalen avseende äldreomsorg och äldreomsorg mellan staden och Stockholms läns landsting fungerar i Stockholms stad. Samråd har skett med Stockholms läns landsting, Beställare vård, närsjukvård Stockholm.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet i denna studie är att studera hur Stockholms stad och Stockholms läns landsting genom avtal har utvecklat sin samverkan inom äldreområdet, hur har avtalen påverkat samarbetet mellan parterna, vilka delar fungerar och vilka fungerar inte? Samverkan skulle följas dels för hela staden, dels på stadsdelsnivå. Samverkan har också skett stadsdelsövergripande i tre delområden, söder, innerstad och västerort. Denna samverkan har inte studerats specifikt.

Frågeställningar:

- Vilka frågor har parterna arbetat med i de gemensamma möten som regleras i samverkansavtalet, på kommun- respektive stadsdelsnivå?
- Finns det frågor som endera eller båda parterna anser borde ha lyfts upp vid samverkansmöte, men som ej skett? Varför har det inte skett?
- Vilka kompletterande avtal har träffats för att lösa konkreta samverkansproblem?
- Finns det samverkansfrågor som borde lösas via avtal?
- Hur har samverkan påverkats av samverkansavtalen?
- Finns konkreta resultat av samverkansavtalen och samverkansmöten?
- Hur har förändringar av t.ex. utbud av korttidsboende och särskilda boendeformer påverkat samverkan?
- Hur arbetar parterna med uppföljningen av avtalen?
- Hur arbetar parterna med avvikelserapportering där samverkan brustit?
- Hur har ledningen i staden, stadsdelarna och landstinget arbetat med att göra avtalen och intentionerna bakom dem kända i respektive organisation?
- Har ledningen följt upp att avtalen faktiskt är kända och tillämpas av vård- och omsorgspersonalen?
- Vilken kunskap finns på enhetsnivå om avtalen, och hur används de?

Metod och material

Ett urval av stadsdelar i Stockholms stad har gjorts för att kunna belysa eventuella likheter och olikheter inom staden. Studien kom att omfatta sju av stadens 18 stadsdelar, dessa valdes för att få med stadsdelar i olika delar av staden och med olika struktur. Följande stadsdelar kom att ingå i studien: Hässelby-

Vällingby, Kista, Östermalm, Maria-Gamla stan, Skarpnäck, Vantör och Skärholmen.

Intervjuer har genomförts med representanter från den centrala kommunövergripande samverkansgruppen, samt med representanter från kommun och landsting i de lokala samrådsgrupperna i de utvalda stadsdelarna. Intervjuerna avser att besvara frågor kring hur parterna genom avtalen har utvecklat samverkan (se bilaga 1 & 2).

I de utvalda stadsdelarna har även enkäter skickats ut till ett urval verksamhetsföreträdare för kommun och landsting. I enkäterna besvarades frågor om avtalens betydelse ute i verksamheterna, vilka avtal man känner till samt frågor kring samverkansmöten på central nivå mellan stadsdelen och landstinget. Frågor om hinder för samverkan och resultat av samverkansavtal och samverkansmöten ställdes också. Enkäter har skickats till totalt 114 personer, bestående av ett urval chefer för hemtjänsten, chefer för samtliga äldreboenden i undersökningsområdena, verksamhetschefer för vårdcentraler, chefer för primärvårdsrehab och geriatriska kliniker samt medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) i respektive utvald stadsdel.

Undersökningsmaterialet består av:

- Intervjuer med tre ledamöter i den kommunövergripande ”centrala” samverkansgruppen
- Intervjuer med 15 ledamöter i samrådsgrupp på stadsdelsnivå i ett urval stadsdelar.
- Enkätsvar från 30 enhetschefer för äldreboenden, 21 enhetschefer för hemtjänsten, 13 vårdcentralchefer, sex chefer inom primärvårdsrehab samt sju Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (Mas) och fyra geriatriska kliniker i de utvalda stadsdelarna.
- Genomgång av samverkansöverenskommelser på central och lokal nivå.
- Genomgång av protokoll från samverkansmöten på central nivå i undersökningsområdena.
- Genomgång av statistik över avvikelserapporteringen i undersökningsområdena.

Bortfall

Av de utsända enkäterna till 114 verksamhetsföreträdare visade sig 8 vara ej aktuella för vår studie. Det innebär att vi hade ett totalt urval på 106 företrädare för verksamheter inom vård- och omsorg. Av dessa har 76 procent valt att besvara enkäten (81 inkomna enkäter), dvs. ett bortfall på 24 procent. Bland företrädare för geriatrisk klinik samt MAS besvarades samtliga enkäter. Bortfallet var störst bland företrädare för vårdcentral/husläkarstation, där hela 46 procent valde att inte besvara enkäten, vilket gör att svaren från denna grupp blir osäkra.

BAKGRUND

Samverkan mellan huvudmännen har belysts i en rad rapporter. I en kunskapsöversikt från 1999 konstaterades;

Sjukvården fungerar väl för de äldre som har relativt begränsade medicinska problem och inte har några kognitiva funktionsnedsättningar. För äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork och ett sviktande socialt nätverk visar studier utförda i olika län entydigt på en rad allvarliga problem. Slutenvården, såväl den akutsomatiska som den geriatriska, har svårt att hinna med den äldres totala livssituation. Fysiska och medicinska förbättringar kommer i förgrunden, medan den psykiska och sociala situationen kommer i skymundan. De korta vårdtiderna innebär att äldre skrivs ut med omfattande behov av medicinsk vård och behandling, rehabilitering och omsorgsinsatser. Informationsöverföringen till primärvården är inte säker. I flera studier föreslås att vårdansvaret ska gå över till öppenvården först när öppenvården kvitterat att de erhållit informationen från slutenvården. Äldre multiskräpiga som bor kvar i sitt ordinarie boende behöver insatser av läkare, distriktssköterska, rehabiliteringspersonal och hemtjänst. Den dominerande bilden är att insatserna är splittrade, och att ingen tar ett helhetsansvar. Distriktsläkaren är vanligen mycket perifer. Läkartillgången för de äldsta är sämre i ordinärt än i särskilt boende (Gurner & Wånell, 1999)

De fallstudier som genomförts i Stockholms län under senare år tyder inte på att samverkan mellan huvudmännen lett till resultat, att äldre med sammansatta behov kan garanteras en trygg vård och omsorg. (DNR 420/90-99; Gurner, 2001:6; Gurner & Fastbom, 2002:2; Gurner, Fastbom & Österman 2004:1; Gurner, 2006:7)

Vintern 2001 tog dåvarande landshövdingen Ulf Adelsohn initiativet till Operation äldreomsorg. I inbjudan till upptaktsmöte i mars 2001 skrevs bl.a. att "Samarbetet mellan kommun och landsting sviktar ibland vilket leder till att gamla inte alltid får den vård de behöver och har rätt till". Inom ramen för Operation äldreomsorg bildades en grupp som arbetade med problemen kring samverkan. När projektet Operation äldreomsorg avslutades beslöt dess ledningsgrupp att, "samverkansgruppen återupptar sitt arbete våren 2003 under ledning av Stiftelsen Äldrecentrum. Syftet är att ta reda på hur samverkansavtalen fungerar i praktiken."

Samverkansgruppen konstaterade under 2003 att samtalsklimatet mellan huvudmännen blivit mycket bättre, och att de samverkansavtal som träffats inneburit att en rad frågor där det funnits intresse motsättningar kunnat klaras av. Gruppen beslöt om två fördjupade studier, en kring hur berörd personal ser på samverkansfrågorna, en kring hur – utifrån de äldres perspektiv – utskrivningsklara (dvs. anmälda för gemensam vårdplanering) får sina behov tillgodosedda av slutenvård, närsjukvård och kommunens äldreomsorg.

Den förstnämnda rapporten kring hur berörd personal ser på samverkansfrågor bygger på intervjuer med personal hösten 2004 i tre delar av länet, varav en är en stadsdel i Stockholms stad. Den visade bland annat att det fortfarande fanns brister i hur de olika aktörerna samverkade kring äldre som har omfattande behov. Ingen tar helhetsansvaret. Rehabilitering är alltjämt ett område där huvudmännen bara på enstaka ställen hittat former för gemensamt ansvarstagande. Det är svårt att hitta väl fungerande former för vårdplanering vid utskrivning från sjukhus (Hjalmarson & Norman 2005:3).

Den sistnämnda studien samverkansgruppen initierade kring hur utskrivningsklara får sina behov tillgodosedda av slutenvård, närsjukvård och kommunens äldreomsorg ur den äldres perspektiv, gjordes även på uppdrag av revisorerna i Stockholms läns landsting i samarbete med revisorerna i Stockholms stad, Huddinge kommun och Norrtälje kommun. Rapporten ger en liknande bild som tidigare studier (Revisorsrapport 2006).

Samverkan i närsjukvården har studerats gemensamt av Beställare vård och KSL¹ under 2003. Arbetet skedde som en del av arbetet med Stockholms läns framtida sjukvårdsstruktur. Samverkan lyfts där fram som en av de viktigaste framgångsfaktorerna för framtida närsjukvård. Den underlättas av tydlig struktur. Den måste fungera såväl mellan huvudmännen som inom respektive huvudmans ansvarsområde mellan olika verksamhetsområden (Ivergård & Lamborn 2004).

I en studie i Bromma och Hässelby-Vällingby hösten 2004 har Äldrecentrum belyst hur samverkan mellan huvudmännen kan främjas. Rapporten visar att det finns en god ambition att få en bättre samverkan mellan olika parter – hemtjänst, vårdcentraler, geriatrik m.fl. – men att det man talar om sällan blir genomfört i praktiken (Gurner 2004).

I en rapport från Handelshögskolan redovisas att samverkan fungerar olika i två studerade stadsdelar i Stockholms stad. I den ena stadsdelen är såväl hemtjänst som vårdcentral missnöjda med hur deras samverkan fungerar, medan det i den andra stadsdelen bitvis fungerar väl. I båda stadsdelarna anser man att samverkan med slutenvården inte fungerar som det är tänkt (Kraus 2005).

I Stockholms stads äldreomsorgsplan för åren 2006-2010 anges som ett mål att ”den kommunala äldreomsorgen ska samarbeta med landstingets hälso- och sjukvård med fokus på den enskildes behov.”

¹ Kommunförbundet Stockholms län

AVTALEN

Policyförklaring kring samverkan i Stockholms län

Samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och landstinget har sedan åttiotalet, med några undantag, reglerats i olika samverkansavtal. 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre (Kommunförbundet Stockholms län 1998-03-04, Hjalmarson & Norman 2005:3).

Enligt den är syftet med en gemensam policy på länsnivå:

- att tillförsäkra den enskilde en god vård, omsorg och rehabilitering.
- att klargöra det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor, omsorg och rehabilitering i den vuxensomatiska vården bl.a. genom att stimulera tillkomsten av lokala överenskommelser/avtal.
- att verka för ett rationellt utnyttjande av de totala resurserna och en kostnadseffektiv vård och omsorg med hög kvalitet i Stockholms län.

Enligt policyn har *”kommuner och landsting ett gemensamt åtagande i att tillgodose befolkningens behov av en god vård, omsorg och rehabilitering”*.

Det beskrevs även hur ansvarsfördelningen ska se ut regionalt samt lokalt. *”samverkan mellan presidierna för KSL:s vård- och omsorgsberedning och HSN utvecklas. Presidierna utgör en parlamentarisk ledningsgrupp som svarar för länsövergripande samverkansfrågor inom området somatisk vuxenvård och omsorg med tyngdpunkt på de äldre”*. Men *”det primära ansvaret för samverkan, samsyn och utveckling skall ligga på det lokala planet”*.

I policyförklaringen uppges ett antal områden som man lokalt bör arbeta med och utveckla lokala avtal kring:

- Ömsesidigt ansvar att informera om planerade förändringar
- Rutiner för vårdplanering
- Samverkan kring rehabilitering
- Läkarinsatser i de särskilda boendeformerna
- Samverkan mellan kommunal hemtjänst och landstingets hemsjukvård i det ordinära boendet
- Utveckling av gemensamt förhållningssätt och kompetenshöjande insatser

I policyförklaringen står inget uttalat om vem som ansvarar för vad eller hur man på regional nivå eller lokal nivå skall arbeta med uppföljning. Det som tas upp är att den parlamentariska ledningsgruppens skall *”följa utvecklingen inom länet och ta initiativ i samverkans- och utvecklingsfrågor”*.

Samverkansöverenskommelser

Central överenskommelse

När den övergripande policyförklaringen om samverkan skrevs mellan kommunerna och Stockholms läns landsting 1998 var ett av syftena att stimulera till att lokala överenskommelser upprättades för att samverkan skulle kunna utvecklas utefter varje enskild kommun förutsättningar och behov. För att ytterligare förbättra möjligheten att skapa samverkansrutiner på det lokala planet mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad startade under 2001 ett arbete med att kartlägga vilka samverkansproblem som fanns på stadsdelsförvaltningarna. Detta arbete resulterade i ett förslag om att inrätta en central samverkansgrupp.

Stockholms stad och Stockholms läns landsting träffade i juni 2002 en central överenskommelse² om hur samverkan ska fungera mellan huvudmännen. Avtalets syfte är att komplettera och förtydliga gällande lagstiftning, föreskrifter och tidigare överenskommelser och därmed skapa förutsättningar för en god samverkansanda. Överenskommelsen ska också utgöra grund för lokala överenskommelser.

Arbetet inleddes med en grundlig analys av det rättsliga läget. Det har varit en strävan att definiera förutsättningarna, i syfte att samverkan ska stå på en stabil grund.

Avtalet avser alla verksamhetsområden där kommunen och landstinget har anledning att samverka. Här avses t.ex. barn och ungdom, beroendevård, psykiatri, funktionshinder och äldreården.

I avtalet definieras inom äldreområdet att;

- “äldre och funktionshindrade får nödvändigt stöd, service och hälso- och sjukvård“.
- “enskilda möter välfungerande organisationer och att resurser utnyttjas effektivt“.

Samverkan ska ske kring:

- Utskrivningsklara.
- Rehabilitering – kommunen ansvarar för den rehabilitering som bedrivs inom hälso- och sjukvården i de särskilda boendena. I ordinärt boende ansvarar landstinget.
- Hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer – landstinget ansvarar för att det särskilda boendet får lista över de för boendet ansvariga läkarna, samt att läkarna känner till vad patientansvaret innebär. Stadsdelsförvaltningen ansvarar för att informera om förändringar som kan påverka

² Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre, fysiskt funktionshindrade, funktionshindrade med utvecklingsstörning och vissa funktionshindrade med hjärnskada, som trädde i kraft den 1 juli 2002.

landstingets insatser. Gemensamt ansvar för att träffa lokala överenskommelser.

- Hjälp i hemmet – landstinget ansvarar för hälso- och sjukvården i ordinarie boende. Överenskommelser om ekonomisk ersättning sker lokalt.
- Gemensam utbildning

I avtalet anges också att ”huvudmännen har en skyldighet att i god tid ömsesidigt informera varandra inför förändringar och upphandlingar av betydelse för den andre huvudmannen...”

Grundavtalet för samverkan är utförligare för Stockholms stad än övriga kommuner. Avtalet lyfter fram vikten av uppföljning och är mer detaljerat i hur man skall gå tillväga. Uppföljningen görs genom att samverkansföreträdare från respektive huvudman träffas minst två gånger om året; samverkansgruppens främsta syfte är att följa upp överenskommelsen och diskutera frågor som efterfrågats från lokala samverkansgrupper. Bildandet av en central samverkansgrupp ska skapa förutsättningar för uppföljning och diskussion av frågor från de lokala samverkansgrupperna.

Beträffande uppföljning anges att ”som ett led i ett fortlöpande förbättringsarbete skall de lokala samverkansgrupperna upprätta system för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter rörande brister i samverkan, resurser eller arbetssätt. Dessa system skall utformas så att en sammanställning av klagomål och vidtagna åtgärder kan redovisas i det lokala forumet minst två gånger om året”.

Avtalet har i protokoll från samverkansmöten förtydligats på vissa punkter. Ett exempel är förtydligande av ansvar för läkemedelshantering i ordinarie boende³. Olika frågor som skapat samverkansproblem har lyfts upp i den centrala samverkansgruppen, som ansvaret för logoped och för medicinsk fotvård. Beträffande personer i behov av andningshjälp i hemmet har särskild överenskommelse träffats⁴.

Lokala samverkansöverenskommelser

Samtliga stadsdelar i Stockholms stad har slutit samverkansöverenskommelse med Stockholms läns landstings beställaravdelning⁵. De sju undersökningsområden som ingår i denna studie arbetar mot tre olika avdelningar på Beställarevård, Närsjukvård Stockholm; Västerort, Innerstan och Söderort. Samma centrala grundöverenskommelse med landstinget har tecknats med samtliga stadsdelar i staden. Den centrala samverkansgruppen utarbetade en mall för hur de lokala avtalen skulle utformas eftersom ”*både stadsdelsnämnder och landsting upplever det som ett betydande extra arbete att göra olika avtal och överenskommelser mellan stadsdelsnämnderna och landstinget, efterlystes en gemen-*

³ PM 2003-02-13, beslut i Centrala samverkansgruppen 2003-03-06, § 3.

⁴ Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Stockholms allmänna försäkringskassa beträffande personer i behov av andningshjälp i hemmet, maj 2003

⁵ Tjänsteutlåtande HUS 2005-01-25

*sam grundöverenskommelse”.*⁶ Enligt mallen är Stadsdelsöverenskommelsens huvudsakliga syfte att *”ange de närmre rutinerna för samverkan mellan Landstinget och Stadsdelen, utifrån förutsättningar inom stadsdelens område”.*⁷

I stadsdelsöverenskommelsen finns formulerat hur arbetet kring samverkan skall fortskrida. Det finns också beskrivet hur ofta samrådsmöten skall hållas samt vilka som skall delta vid dessa möten. Samrådsmöten skall hållas minst två gånger per termin med representanter utsedda av respektive huvudman. Stadsdelen är sammankallande till samrådsmötena.

Avtalen tar även upp vad som skall tas upp på samrådsmötena mellan stadsdelen och landstinget;

- Informera varandra om eventuella organisations- eller verksamhetsförändringar som påverkar den andra parten.
- Upprättande av gemensamt system för avvikelserapportering rörande brister i samverkan, resurser eller arbetssätt.
- Gemensamt ta fram förslag på utbildning för kompetensutveckling inom vård och omsorg.
- Parterna kan vid behov även göra upp kompletterande villkor till den centrala överenskommelsen kring:
 - Utskrivningsklara
 - Rehabilitering
 - Hälso- och sjukvård i särskilda boenden
 - Hjälp i hemmet
 - Frågor kring verksamheter som bedrivits av landstingets omsorgsnämnd
 - Frågor kring verksamheter för psykiskt funktionshindrade
 - Frågor kring verksamheter missbrukarvård och specialiserad beroendevård
- Giltighetstid

Några stadsdelar har valt att teckna lokal överenskommelser med Beställare vård kring exempelvis läkemedelshantering och delegering. Andra har inte sett att det finns ett behov för ytterligare avtal, utan att den övergripande överenskommelsen är fullt tillräcklig. I en stadsdel har man valt att avtala om en gemensam beställning av korttidsplatser hos personer som är utskrivningsklara vid geriatrisk klinik med en icke belastningsbar fraktur.

Några stadsdelar har valt att komplettera den lokala samverkansöverenskommelsen med dokumentet ”vård i samverkan” som ursprungligen tecknades mellan Stockholms stad, Sydvästra sjukvårdsområdet och Södra länets produktionsområde. Överenskommelsen syftar till att ytterligare klargöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

⁶ Protokoll från Centrala samverkansgruppen den 8/10 2003

⁷ Mall för samverkansavtal med stadsdelsförvaltningarna 2004-03-08

DEN CENTRALA SAMVERKANSGRUPPEN

I överenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad står att det är huvudmännen som skall utse representanter till den centrala samverkansgruppen och att gruppens främsta syfte är att följa upp överenskommelsen samt att diskutera frågor som förts vidare från de lokala samrådsgrupperna. Landstinget representeras av avdelningschefen för Beställare vård, Närsjukvård Stockholm samt en förhandlingschef, en geografisk enhetschef och en utvecklingsamordnare. Staden representeras av biträdande stadsdirektör, chefen för Valfärd och utbildningsavdelningen, stabschef från Socialtjänstförvaltningen, fyra stadsdelsdirektörer och en jurist.

Samverkansmöten på central nivå har hållits mellan staden och landstinget sedan samverkansöverenskommelsen tecknades i juni 2002. Den centrala samverkansgruppen träffas fyra gånger per år. Vid varje möte sker en genomgång av läget hos de båda huvudmännen, information och samråd om aktuella förändringar, i huvudsak sådant som kan påverka den andre huvudmannen. Fokus har växlat under åren beroende på vilka frågor som varit mest aktuella. Äldre-frågor har fått ett stort utrymme på de centrala samverkansmötena.

Under 2002 bestod mycket av arbetet i den centrala samverkansgruppen i att se över arbetsformerna. Klargöranden av vad som kan och bör lösas i de lokala samverkansgrupperna och när ett ärende skall gå vidare till den centrala samverkansgruppen. Arbetet kretsade under året också kring förankringen av överenskommelsen, hur man skulle få ut information till stadsdelarna och ner på verksamhetsnivå. En broschyr togs fram.

Man diskuterade också var fokus skall ligga, att gruppen inte enbart skall fokusera på problem utan också *”aktivt medverka till att sprida information om positiva händelser och utvecklingstendenser”*.⁸ Det noterades också att samverkansgruppens arbete i huvudsak skall avse *”uppföljning av överenskommelsen avseende äldre och funktionshindrade, dels att behandla de övriga samarbetsområden som behöver diskuteras vidare”*.⁹

Under 2003 började Psykiatri- och missbruk samt beroendevård ta större plats. Psykiatri sågs som ett område som behövde prioriteras. Behovet av gemensam utbildning i psykiatri- och missbruksfrågor togs också upp. Diskussioner fördes med kompetensfonden avseende gemensam utbildning. Medel för utbildning gavs. Arbetsgruppen i den centrala samverkansgruppen arbetade med en psykiatriöverenskommelse. Denna blev klar och togs i bruk 2005-07-01. Med anledning av *”Miltonpengarna”* initierades olika projekt och uppföljningar inom psykiatriområdet.

⁸ Minnesanteckningar Centrala samverkansgruppen 2002-06-05

⁹ Minnesanteckningar Centrala samverkansgruppen 2002-10-16

Diskussioner kring BUS-överenskommelsen¹⁰ har förts kontinuerligt ända från starten. Arbetet har främst rört ansvarsfördelning och revideringar i BUS-överenskommelsen.

I den centrala samverkansgruppen bildas vid behov arbetsgrupper för att titta närmre på vissa områden, ge lägesbeskrivningar eller arbeta fram förslag till förändringar.

Viktigaste äldrefrågorna

Inom äldreområdet har många frågor under åren bearbetats i den centrala samverkansgruppen. Nedan nämnda områden är de som tagit störst plats på dagordningen enligt minnesanteckningarna från mötena.

Ända från starten 2002 har frågor kring medicinskt färdigbehandlade, numera utskrivningsklara, funnits med som en punkt på dagordningen. Brister i förfarandet och svårigheter i samverkan kring utskrivningsklara ledde till att en arbetsgrupp tillsattes för att gå igenom gemensamma rutiner. Gruppen har arbetat med att ta fram gemensamma rutiner för utskrivningsklara samt en lathund beträffande rutiner för överlämnande. Riktlinjerna för utskrivningsklara är ännu inte klara, tolkning pågår hos KSL.

Omstrukturering av servicehus togs upp som en stående punkt på dagordningen. Hjälpmedel och gränsdragning mellan hjälpmedel och bostadsanpassning var en annan återkommande fråga. En arbetsgrupp avseende tekniska hjälpmedel bildades.

Gruppen arbetade också med överenskommelse kring andningspatienter och presenterade upplägget för en rehabiliteringsgaranti som omfattar rehabilitering inom området rörelseorganens sjukdomar.¹¹ Överenskommelse kring andningspatienter godkändes av Landstinget, Staden och Försäkringskassan och började gälla 1 augusti, 2003.

Under 2003 tog man i gruppen upp behovet av en gemensam grundöverenskommelse mellan stadsdelarna och landstinget. Utvecklandet av mall för lokal samverkansöverenskommelse tog mycket tid under året. Mallen färdigställdes och togs i bruk i juli 2004.

Läkemedelshantering i ordinärt boende togs upp som en punkt på dagordningen då det visat sig att det fanns oklarheter beträffande ansvar för läkemedelshantering för personer i ordinärt boende (delegering, egen vård).¹² En PM togs fram med förtydligande angående ansvaret för läkemedelshantering.

¹⁰ Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommun och landsting.

Gemensam policy med riktlinjer i Stockholms län, gäller 2001-11-01 – 2003-12-31

¹¹ Minnesanteckningar Centrala samverkansgruppen 2002-12-10

¹² Minnesanteckningar Centrala samverkansgruppen 2003-03-06, bilaga 4

En annan fråga som förtydligats i en PM är de specifika sekretessfrågor som skapade problem i försöksverksamheten med äldrecentral i Hökarängen.

Behov fanns också av uppföljning av korttidsplatser på äldreboenden. Situationen beträffande korttidsboende redovisades. Ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget rörande rehabilitering i korttidsboende visade sig vara oklar, landstinget påkallade ett förtydligande. En justering av överenskommelsen gjordes då.

En fråga som berör både äldre och personer med funktionshinder har varit samarbetet mellan hemsjukvård och hemtjänst/personlig assistans.¹³

Intervjuer med centrala samverkansgruppen

De intervjuade i den centrala samverkansgruppen fick frågor kring bland annat vad arbetet i gruppen består i, mötena och avtalens betydelse och eventuella hinder för samverkan samt hur man tror att samverkan fungerar i verksamheterna (intervjumall se bilaga 1).

Viktiga frågor

Intervjusvaren visar på att arbetet i gruppen inom äldreområdet genom åren mycket kretsat kring utskrivningar från sjukhus, vilket regelsystem skall gälla? Enligt intervjuerna har huvudanledningen till att utskrivningsklara varit med så länge på dagordningen varit att man avvaktat Socialstyrelsens handledning, som vid tiden för intervjuerna fortfarande inte kommit.

Ytterligare frågor som särskilt nämns är boenden, ombildningar av servicehus till seniorboende och under hösten 2006 en eventuell kommunalisering av hemsjukvården.

Enligt intervjuerna så har äldrefrågorna inte fått det utrymme som protokollen från samverkansmötena ger vid handen, men de intervjuade anser dock att äldrefrågorna har fått det utrymme som de behöver.

Av intervjusvaren framkommer också att en viktig del vid den centrala samverkansgruppens möten är att orientera sig i den andra huvudmannens organisation. Ständiga omorganisationer kräver ständiga uppdateringar.

De intervjuade säger också att psykiatrin och beroendevården på senare tid fått stort utrymme och att äldrefrågorna har fått stå tillbaka något. Den nya överenskommelsen kring psykiatrin har krävt mycket tid i form av tolkningar och hur man ska göra för att få det att fungera på ett bra sätt.

¹³ Minnesanteckningar Centrala samverkansgruppen 2002-10-16

Enligt de intervjuade så är det ”rätt” frågor som tagits upp i den centrala samverkansgruppen. Samverkansfrågorna mellan kommun och landsting har, menar de intervjuade i den centrala samverkansgruppen, lösts på rätt nivå.

Mötet avgörande för en fungerande samverkan

De intervjuade menar att mötet med samarbetsparterna har en betydande roll på tjänstemannanivå. Att man faktiskt känner den andra parten underlättar samarbetet och problem kan lättare lösas. En av de intervjuade uttryckte det som *”mötet i sig skall inte underskattas, band knyts som gör att man på ett smidigare sätt kan lösa problemen”*. Om de på ledningsnivå är överens om att samverka så ger det tydliga signaler nedåt i organisationen, det är de intervjuade eniga om.

I intervjuerna pratar man också om vikten av att det är ”rätt” personer som sitter i samverkansgruppen. Att man är prestigelös och att man vill finna lösningar på de problem som finns kring samverkan mellan huvudmännen.

Av intervjuerna får man också uppfattningen av att samverkan har förbättrats de senaste åren, genom samverkansmöten har samverkanskanaler skapats. Det råder dock delade meningar om detta. Andra hävdar att samverkansklimatet blivit sämre det senaste året på tjänstemannanivå, att representanter från landstingssidan har svårt att fatta beslut samt att problem med förankringsarbetet av överenskommelser ute i verksamheterna lett till att man blivit mer återhållsam. Efter valet 2006 har det också blivit osäkrare vilket mandat ledamöterna kommer att få eftersom organisationsförändringar aviserats i såväl staden som landstinget.

Avtalets betydelse för samverkan

Det finns bland medlemmarna i den centrala samverkansgruppen en tro att samverkan skulle ha fungerat sämre utan avtalen och att konflikterna är färre tack vare avtalen. Avtalen har gett stadsdelarna och landstinget en grund att stå på i samverkansarbetet menar de intervjuade.

I intervjuerna framkommer att man fått en större respekt för varandras professioner, idag är det en helt annan attityd gentemot den andre huvudmannens personals insatser. De intervjuade anser att hinder går att överbrygga genom personliga relationer och förtroende för varandra. Problem kan dock uppstå om samverkan blir för personbunden. Personkemin har stor betydelse både på central, regional och på lokal nivå. Problem kan uppstå när samverkan knyts upp på att det fungerar bra mellan personerna som deltar – vilket blir sårbart när någon slutar.

Frågor som enligt de intervjuade skall behandlas i den centrala samverkansgruppen är av principiell karaktär, de frågor som man inte kommer överens om i de lokala samrådsgrupperna eller ute i verksamheterna. Man skall enligt intervjuerna inte behöva ”brottas” med problem på lokal nivå som kan lösas på

central nivå. Men det har enligt de intervjuade aldrig varit tänkt att den centrala samverkansgruppen skall lösa de små lokala problemen, och så har det inte heller blivit. Avtalen om patienterna med behov av andningshjälp och läkemedelsöverenskommelsen är goda exempel på hur ett central avtal underlättat lokalt, och därmed lett till fungerande överenskommelser i individärenden.

Det finns dock olika syn på avtalets betydelse och hur precisa avtal som behövs. Avtalets art påverkar dess betydelse, finns pengar med i avtalet så blir det mer operativt. En ekonomisk överenskommelse får större dignitet än ett avtal som endast säger att man ska träffas och samverka, anger några. En uppfattning är att man i vissa situationer kan komma längre utan avtal och överenskommelser, *”avtal skall man ta till när man inte kan lösa problemen i det dagliga arbetet”*. En av de intervjuade efterlyser färre överenskommelser och mera sunt förnuft. Alltför precisa avtal kan innebära att det sunda förnuftet får stå tillbaka och att man istället tänker i termer *”vad jag får göra”* och vad som egentligen är den andra huvudmannens ansvar.

I intervjuerna framkommer också att det finns en risk att samverkansmötenas värde begränsas av att man passar på varandra för att inte dra på sig kostnader. Ett annat problem de intervjuade framför är att man inte vill eller är beredd att fatta vissa beslut, vilket innebär att många frågor ständigt skjuts fram till nästa möte. *”Det är några få punkter som man genom åren lyckats fatta ett beslut kring. I övrigt skjuts frågorna upp till nästa möte eller skickas tillbaka, för att lösas på lokal nivå, alla frågor ska ju inte lösas på central nivå”* enligt en av de intervjuade.

Ytterligare ett hinder för samverkan eller snarare brist i mötesformen anses vara att man enbart informerar den andra huvudmannen om omorganisationer eller andra förändringar som kan påverka den andra huvudmannen. Något som efterlyses i intervjuerna är att man istället borde föra en diskussion med den andra huvudmannen i frågor som kan komma att påverka den andres verksamhet. Att en central roll för samverkansgruppen skall vara att verka som pådrivare, ett ledningsorgan i en pågående process.

Uppföljning av avtalen

Ett av huvudsyftena med den centrala samverkansgruppen är att följa upp överenskommelsen mellan Stockholms län landsting och Stockholms stad. Enligt intervjuerna har man dock inte genomfört någon gemensam strukturerad uppföljning på central nivå. Ett skäl till detta anges vara att man aldrig hade intentionen att bli ytterligare ett utredningsorgan, utan uppföljningen skulle innebära att sammanställa klagomål, se vilka problem som finns samt följa hur mycket av dessa problem som kvarstår.

Den uppföljning som gjorts på central nivå är en muntlig genomgång av aktuella frågor kring samverkan och dokumentationen är i form av minnesanteckningar. Denna form av informell uppföljning sker vid varje samverkansmöte.

En intervjuad menar att det är en brist i samverkansöverenskommelsen att det saknas tydliga mål och mätmetoder för att mäta om målen har nåtts.

Avvikelsehantering

Enligt intervjuerna framkommer att avvikelser inte når den centrala samverkansgruppen i någon större utsträckning. Uppfattningen som framkommer i intervjuerna är att avvikelserna skall lösas på "rätt" nivå, ute i verksamheterna mellan berörda parter. De flesta frågorna tror man att man löser ute i verksamheterna mellan berörda parter, att de flesta frågor inte ens förs upp till de lokala samrådsmötena mellan beställare vård och stadsdelen.

En gemensam uppfattning bland medlemmarna verkar vara att eftersom det inte kommer så många frågor till den centrala samverkansgruppen så fungerar samverkan ute i verksamheterna och att man klarar av frågorna på lägre nivå.

INTERVJUER MED LOKALA SAMVERKANS-GRUPPERNA

De lokala samverkansgruppernas syfte är bland annat att arbeta för en fortlöpande förbättring genom att upprätta system för att hantera avvikelser, klagomål och synpunkter rörande brister i samverkan, resurser eller arbetssätt.

Brister i samverkan skall enligt den lokala överenskommelsen i första hand lösas mellan de berörda verksamheterna. I de fall de inte kan lösas på den nivå skall ärendet föras vidare till den lokala samverkansgruppen (samrådsmötet). De skall då arbeta fram åtgärdsförslag till följd av avvikelserapporteringen. Frågor av principiell karaktär skall föras vidare till de så kallade direktörmötena.¹⁴ Frågor som inte kan eller bör lösas på stadsdelsdirektörmötena kan föras vidare till den centrala samverkansgruppen.¹⁵

Vilka deltar?

Sammansättningen i de lokala samrådsmötena ser lite olika ut i de sju studerade stadsdelarna. Vanligen ingår cheferna för äldreomsorgen, individ och familjeomsorg, psykiatri och barn och ungdom i stadsdelen och representanter från landstingets Beställare vård. MASen brukar delta. I några av stadsdelarna har man valt att även ta med representanter för de olika verksamheterna såsom cheferna för vårdcentralerna, geriatriken och utförarchefen för stadsdelens äldreomsorg. Stadsdelsdirektören deltar i två stadsdelar och närsjukvårdschefen (SLSO) i en.

Flera av de intervjuade framhåller vikten av att involvera utförarna. Detta behöver dock inte ske i samrådsgruppen. Goda erfarenheter finns bl.a. från Maria-Gamla stan att ha en grupp där alla vårdgivare i kommunen och landstinget möts, såväl egen regi som entreprenörer samt insatsgruppen i stadsdelen Skarpnäck.

Viktiga frågor

Vid intervjuerna framkommer att samverkansmöten som hålls på en lokal nivå har en informell karaktär, där samtliga känner att frågorna får det utrymme som de kräver. Ingen fråga är för liten eller för stor, allt kan tas upp.

En stor del av arbetet består i att hålla den andre huvudmannen informerad om verksamhetsförändringar.

¹⁴ Direktörmöten består av representanter för stadsdelsdirektörerna från respektive område samt landstingsdirektörerna Stockholms läns landsting. Dessa har vi inte intervjuat i denna studie.

¹⁵ Lokal samverkansöverenskommelse mellan Stockholms läns landsting Beställaravdelning Stockholm och stadsdelsförvaltningen, 2004.

I flertalet av stadsdelarna har äldrefrågorna dominerat; frågor som fått störst utrymme handlar enligt intervjuerna om informationsöverföring i vårdkedjan och ansvarsfördelning/gränsdragningsproblematik. Det har t.ex. handlat om rutiner kring vårdplanering för utskrivningsklara och betalningsansvaret, ansvar för rehabilitering, delegeringar, läkarinsatser i särskilt boende och vem som ska hämta läkemedel på apoteket.

I en del fall har det handlat om kritik från kommunen att en vårdcentral slarvat med delegeringar och enligt kommunens mening övervältrat sjukvårdsansvar på vårdbiträdena på ett sätt som inte gagnar patientsäkerheten. I andra fall handlar det om att landstinget påtalar att vissa privata utförare i hemtjänsten helt vägrat att ta emot delegeringar. Frågan om vems ansvar det är att hämta ut läkemedel på apoteket diskuteras fortfarande hösten 2006, trots att den centrala samverkansgruppen tog fram en klagande PM år 2003. I regel har man dock löst problemen, vilket man menar är tack vara dialogen i samrådsgruppen och de kontakter staden respektive landstingets beställare kunnat ta med de berörda utförarna. Flera av de intervjuade ger uttryck för det ansvar man känner i samrådsgruppen att ingen ska falla mellan stolarna.

Vårdplaneringen inför utskrivning från slutenvård har varit ett vanligt diskussionsämne. Här tyder svaren på att man ännu inte mötts i en samsyn på vad vårdplaneringen på sjukhuset ska ge, och vilken roll en vårdplanering när den äldre kommit hem kan ha. Kommunen tenderar att lägga tonvikten vid vårdplaneringen på sjukhuset och reagerar när distriktssköterskan inte kommer med, medan landstinget ser den vårdplaneringen mer som en ad hoc planering som kan göras per telefon medan den viktiga vårdplaneringen sker senare.

I varierande utsträckning har man tagit upp enskilda ärenden där samverkan brustit. I några stadsdelar menar man att antalet enskilda ärenden minskat och att det beror på att man löser mer direkt ute i verksamheten. I en stadsdel pekar landstingets företrädare på svårigheten att utifrån enskilda ärenden se generella lösningar. Stadens företrädare menar att de lyfter fram fallen därför att bristande rutiner, särskilt inom den somatiska slutenvården, innebär risk att den enskilde inte får rätt insatser.

Mötet avgörande för samverkan på alla nivåer

Av intervjuerna framkommer att mötena i sig haft en viktig roll i samverkansarbetet på ledningsnivå. Det är därför viktigt med en god personkontinuitet vid mötena. Deltagarna vid samrådsmötena har fått ett ansikte bakom organisationen, dom vet vem dom kan kontakta. Man har fått insikt i varandras organisationer och skapat ett förtroende för varandra. Problem kan lätt och snabbt lösas via telefon eller e-brev. En av de intervjuade säger om samverkan att *”så bra som det är nu har det aldrig varit under mina åtta år”*. Mötena har blivit ett forum att ta upp brister och finna lösningar.

I intervjuerna talar man också om vikten av att ”rätt” personer sitter med på mötena. Om även verksamhetscheferna deltar vid samrådsmötena underlättar

det när problemet måste lösas mellan beställare och producent ”man får med hela vårdkedjan från a-ö”.

Samarbetsklimatet

De flesta vittnar om att det finns en respekt för varandra och varandras utgångspunkter. ”Även om vi är oense kan vi lyssna på varandra.” De landstingsföreträdare som deltar i flera stadsdelars samrådsmöten betonar betydelsen av stadsdelsdirektörens inställning. ”Samrådsmötena skiftar ... främsta skälet är nog stadsdeldirektörens inställning. Om denne inte tycker att samverkan är så viktigt, om man inte går till mötena och tycker att de är viktiga, då blir inte mötena viktiga.”

Flera av de intervjuade har en förhoppning om att det goda samarbetsklimatet som byggts upp i de lokala samrådsgrupperna har ”sipprat ut” i verksamheterna. I intervjuerna framkommer att man på ledningsnivå anser att samarbetet i stort är bra ute i verksamheterna. Att det finns en vilja att lösa det på bästa sätt för brukaren. En annan säger att ”det måste finnas i organisationen att man ska och vilja samverka”. En annan beskriver samverkansklimatet som en ”färskvara”, beroende på vilka personer som finns i organisationerna.

Samarbetsklimatet kan dock variera, som det synes mer inom en stadsdel än mellan stadsdelarna. Från några stadsdelar redovisas exempelvis att samarbetet fungerar mycket olika med olika vårdcentraler, att det är chefsberoende. I ett område tar vårdcentralschefen initiativ till långtgående samverkan, i ett närliggande område fungerar ingenting.

Avtalets roll för samverkan lokalt

På frågan om avtalens roll för samverkan finns inget entydigt svar. Några av de intervjuade anser att samverkansöverenskommelsen mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting är ett måste som påverkat hur samverkan fungerar i stor utsträckning. Avtalet kan enligt dem tydliggöra att man är överens på en övergripande nivå, att det finns en struktur, en ordning. Man har gemensamt bedömt vad som skall prioriteras.

Några menar att viktigare än själva avtalen är den uttalade ambitionen att vilja samarbeta. ”Detta samverkansklimat rinner ner i organisationen” menade en av de intervjuade. En av de intervjuade uttryckte detta som ”för att man ska kunna samarbeta nedåt i organisationen så måste man vara sams högst upp, är man inte sams högst upp, då blir samarbetet bräckligt och det får ingen legitimitet”.

Några tror inte att avtalen betyder något för arbetet, utan att samverkan ändå fungerar. Några andra menar att avtalet kan ses som ett rättesnöre som används när problem uppstår i samverkan mellan parterna, eller vägledande i hur man skall hantera exempelvis avvikelser. Avtal ger också tydlighet, utan dem så

hävdar några av de intervjuade att stridigheter kan uppstå. Finns ett avtal så har man alltid något att gå tillbaka till och slå fast vem som har ansvaret.

Att avtalet är övergripande kan ses som en brist – det ger ingen vägledning i det enskilda fallet. Detta kan också ses som en fördel – avtalet säger att man ska samverka, och i det enskilda fallet får man gemensamt finna formerna anpassat till vad som är bäst för den individen.

De som arbetar med eller redan tagit fram lokala samverkansavtal ser också det positiva i att man är mer detaljerad än det övergripande samverkansavtalet. Konkreta avtal som tydligt talar om vem som gör vad, och när, och vem som har ansvaret ökar chansen för att de faktiskt används menar de. Ett problem några lyfter fram är dock att om en enskild entreprenör inte vill samverka kan det vara svårt att få en förändring till stånd.

Verksamhetsförändringars betydelse för samverkan

En fråga som särskilt ställdes vid intervjuerna med medlemmar från de lokala samrådsgrupperna var hur tillgången på korttidsboende påverkat samverkan, och vilken betydelse det haft att avtalet tydliggör att det kommunala korttidsboendet inte är en rehabiliteringsresurs. I flera stadsdelar är korttidsboende och rehabilitering en återkommande fråga, där staden och landstinget har olika uppfattning. Stadens representanter söker värja sig från att tillhandahålla rehabilitering i korttidsboende för äldre i ordinärt boende, och hänvisar då till avtalet.

I ett par stadsdelar har man diskuterat lösningar för en speciell grupp som flera menar hamnat i kläm. Det gäller personer med höftledsfrakturer som i avvaktan på att kunna stödja på benet efter en fraktur inte kan bo hemma, och inte heller påbörja en rehabilitering. I Skarpnäck har man enats om en samfinansierad lösning för den äldres bästa, i Maria-Gamla stan har landstinget avvisat en liknande modell.

Ett problem som framhålls i ett par intervjuer är att landstingets primärvård inte har resurser nog att ge den rehabilitering som skulle vara möjlig vid ett korttidsboende. I en stadsdel (Vantör) har kommunen egna rehabteam i hemtjänsten för att handleda och stödja personalen, och ett av de teamen har påbörjat viss hemrehabilitering. Någon samverkan med landstinget finns dock inte.

Neddragning av särskilt boende och omstrukturering av servicehus till seniorboende har inte lyfts fram från någon part som något som påverkat samverkan negativt. Vad gäller servicehusen menar tvärtom en landstingsföreträdare att man visserligen bara fick information, men tack vare den kunde starta den egna planeringen i tid, och att man lärde sig mycket av denna process.

Uppföljning

Ingen har i intervjuerna sagt att man följer upp avtalen kring samverkan om äldre. Samtliga menar att man vid varje samrådsmöte har någon form av in-

formell uppföljning av avtalen. Några har samverkansöverenskommelsens disposition som dagordning vid samrådsmötet. Eller som en sa i intervjun *”vi försöker ha fokus på rätt ställen”*.

Hinder för samverkan

Flera menar att om man inte på högsta ledningsnivå har en ambition och vilja att samverka så fungerar det inte ute i verksamheterna heller. Ett dilemma kring samverkan är att den hänger på enskilda personer i organisationen. Slutar en eldsjäl kan samarbetet falla samman om det inte finns en väl fungerande struktur. Utan en god kontinuitet försvåras samarbetet. Samverkan bör inte vara en enskild företeelse säger en av de intervjuade och menar att det behövs *”samverkan från topp till tå”*. Samverkan fungerar inte i de organisationer där man inte vet vart man skall vända sig eller vilka resurser som finns.

Några menar att samverkan påverkas av att det är olika organisationer där man har *”olika långt till makten och besluten”* I intervjuerna med representanter från kommunen framkommer att landstinget kan ha svårt att komma till beslut, en av anledningarna tror man är att de har en stor och tung organisation att jobba i.

En del i en god samverkansstruktur är att samrådsmötena är väl förberedda. Några av de intervjuade ser det därför som ett problem att tiden är för knapp, att man kommer oförberedd till mötena, och då mer rapporterar brister än strategiskt söker lösningar. Det kan resultera i att man inte kan fatta beslut utan frågan skjuts upp till nästa möte.

En annan svårighet är att samrådsmötena ska täcka ett så stort område, allt från barn till gamla, allt från beroendevård till palliativ vård. I några stadsdelar har äldrefrågorna tillåtit dominera helt. I några stadsdelar arbetar man med alla frågorna, men det kan innebära att man inte hinner gå på djupet i allt, och att personer som bara har ett verksamhetsområde kan känna att tiden utnyttjas dåligt.

Ett problem flera av de intervjuade pekar på i de olika gränsdragningsfrågorna rör ekonomiska frågor – vem skall ta kostnaden? Den enskilda verksamheten vinner på att någon annan utför arbetsuppgiften. Huvudmännen *”vaktar”* sina pengar istället för att se på vinsterna med samverkan utifrån den enskilda individen och utifrån gemensamma resurser. I intervjuerna framskyntar att både stadens och landstingets företrädare upplever att det är den egna huvudmannen som är förlorare. En uttryckte det som att *”Oftast är det vi som får betala – skriv om det!”* I en av intervjuerna framhålls dock att samrådsgruppen är bra, för där träffas man och har en konstruktiv dialog, utan prat om pengar.

Ekonomi kan dock sätta högst reella hinder för en god samverkan. *”Vad gör man när tiden inte räcker – när ingen läkare kan komma till det särskilda boendet så att man får skicka den äldre till akuten, eller när distriktssköterskan inte hinner dela medicin?”* som en av de intervjuade uttryckte det.

Goda exempel för samverkan mellan staden och landstinget

I flera av de undersökta stadsdelarna har man i olika projekt och överenskommelser försökt att aktivt arbeta för att förbättra samverkan mellan huvudmännen och i slutändan förbättra för den enskilde. Hur man valt att göra ser olika ut, nedan följer några projekt som de intervjuade pekade ut som goda exempel kring samverkan mellan huvudmännen.

Hässelgården

Hässelgården ska fungera som en mötesplats för äldre i Hässelby. Där skall man inte bara kunna ta del av friskvård, apotek, äldreårdcentral och hemsjukvård utan där finns även vårdplatser vid behov av kortvarig sjukvårdsinsats samt servicelägenheter och gruppboenden. Övrig service som de äldre skall ha tillgång till är träfflokal, restaurang, café, bibliotek samt servicebutik. Hässelgården är ett samarbete mellan Stockholms stad, Legevisitten, MiCasa, Apoteket och Stockholms läns landsting.

Välfärdsutveckling i Skärholmen

I Skärholmen har man valt att satsa på ett projekt som de kallar "Välfärdsutveckling i Skärholmen". Projektet är en gemensam satsning mellan stadsdelen och Stockholms läns landsting och den gemensamma visionen är att de skall arbeta som om de var en och samma huvudman. Syftena är att ingen skall hamna mellan stolarna samt att öka folkhälsan i Skärholmen. Målet är att brukaren skall få rätt insats, rätt stöd i rätt tid. Meningen är också att projektet skall mynna ut i ytterligare samarbetsformer kring bland annat äldre.

Gemensam beställning

Gemensamma beställningar i Skarpnäck är ett exempel på hur man genom ett lokalt avtal försöker förbättra för den enskilde samtidigt som man använder resurserna maximalt. Avtalet avser personer med icke belastningsbara frakturer och syftet är att ingen skall behöva åka fram och tillbaka mellan olika vårdinrättningar och hemmet. Avtalet är tecknat mellan Skarpnäcks stadsdelsförvaltning och Beställare vård Närsjukvård Stockholm. Här har kommunen tagit på sig att utföra vården och behandlingen under hela vårdepisoden. Landstinget står för hälften av vårddygnskostnaderna. På så sätt slipper den enskilde onödiga omflyttningar, utskrivningsklara tar inte upp platser i akutsjukvården och kommunen kan bättre planera sin verksamhet, paramedicin hinner göra en riskanalys av bostaden samt åtgärda eventuella handikappanpassningar och boståndshandläggarna hinner få mer underlag för att fatta ett riktigt beslut.

Vårdgivarmöten

Vårdgivarmöten i Maria-Gamla stan är ett exempel på hur man kan arbeta för att förbättra och underlätta samverkan mellan huvudmännens olika aktörer. Gruppen fungerar som en länk mellan utförarna i landstinget och stadsdelen. Gruppen består av representanter för tre vårdcentraler, Södersjukhuset, Södra Stockholms geriatrik, hemsjukvården och primärvårdsrehab. Från kommunen medverkar chefen för egen regi. Stadsdelsdirektören är ordförande för mötena.

Som komplement, för att få med de privata utförarna av hemtjänst inom kundvalet har en grupp där vårdcentralerna, hemsjukvården och samtliga hemtjänstutförare deltar bildats. Beställare vård har uppmanat alla vårdcentraler att medverka, vilket de numera gör. Alla är positiva till att medverka till en god samverkan.

Läkare i kommunen

I Kista har man valt att anställa en läkare i kommunen på 25 procent som har ansvaret för samtliga boenden i stadsdelen och som resterande tid arbetar som geriatriker vid en av stadsdelens vårdcentraler. Läkaren fungerar som en länk mellan landstinget och kommunen, samt ger en trygghet åt kommunen. Enligt de intervjuade så har detta lett till minskade akuta insatser i stadsdelen.

Vård i samverkan

Avtalet ”Vård i samverkan” finns i några av undersökningsområdena, Älvsjö har varit först. En start för arbete med detta avtal var ett gemensamt projekt i Söderort, som utmynnade i rapporten Motverkan och samverkan. Avtalet är en precisering av den lokala samverkansöverenskommelsen mellan landstinget, dess producenter och stadsdelen. Avtalet syftar till att ytterligare tydliggöra ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget. I avtalet regleras i detalj vilket ansvar respektive huvudman har i vården och omsorgen om de äldre. Här finns rutiner för bland annat vårdplanering.

Insatsgrupp

Genom att bilda en insatsgrupp i stadsdelen Skarpnäck har samverkan kring äldre mellan huvudmännen förbättrats enligt de intervjuade. Syftet med gruppen är att förbättra och underlätta samverkan. Insatsgruppen skall fungera som en länk mellan landstingets och kommunens verksamheter. Insatsgruppen består av representanter från vårdcentraler, paramedicin, geriatriken, beställarchefen och samtliga utförarchefer samt MASen, dessa träffas regelbundet var 4-6:e vecka. Då tar de upp brister och utarbetar rutiner på övergripande nivå, främst mellan hemtjänsten och vårdcentralerna.

KÄNNEDOM OM SAMVERKANSAVTALEN

Ledningens bedömning

På tjänstemannanivå är man säker på att man ute i organisationen vet att man ska samverka, ”*det tror jag finns vaccinerat*” säger en. Däremot har man ingen kunskap om personalen i verksamheterna känner till att det finns en samverkansöverenskommelse. En av de intervjuade sa att ”*jag tror inte att vårdbiträdet och undersköterskan känner till dem, förhoppningsvis har väl verksamhetsföreträdaren något i bakhuvudet*”. Samverkan med den andra huvudmannen för att finna en helhetslösning för den enskilde är det viktigaste, sen om man inte känner till själva avtalet är inte så viktigt, är en uppfattning. Samverkan fungerar till stor del utifrån hävd och personkontakter enligt intervjuerna.

Ansvar för att göra samverkansöverenskommelserna kända ligger enligt de intervjuade på enhetschefen/verksamhetschefen. Det finns olika uppfattningar om hur väl verksamhetschefer känner till avtalen. Några av de intervjuade menar att det är svårare i landstinget med dess stora organisation, och då särskilt på de stora sjukhusen. Andra menar att samverkansfrågor kommer upp vid de regelbundna möten som beställarna har med t.ex. vårdcentralerna och att det ger möjlighet att påminna om avtalens innebörd. Det finns ingen systematik i hur man lokalt fört ut kunskapen, man har heller inte följt upp ifall avtalen faktiskt är kända ute i verksamheterna.

Verksamhetschefernas bedömning

I den enkät som riktades till verksamhetschefer ställdes frågan vilka avtal de känner till. Två tredjedelar uppger att de känner till det centrala respektive det lokala samverkansavtalet. Läkarinsatser i särskilt boende är väl kända av dem som berörs av de avtalen enligt enkätsvaren, medan det mer specifika avtalet om personer med behov av andningshjälp inte är så bekant (tabell 1).

Tabell 1 . Vilka avtal känner verksamhetsföreträdare till kring samverkan om äldre?

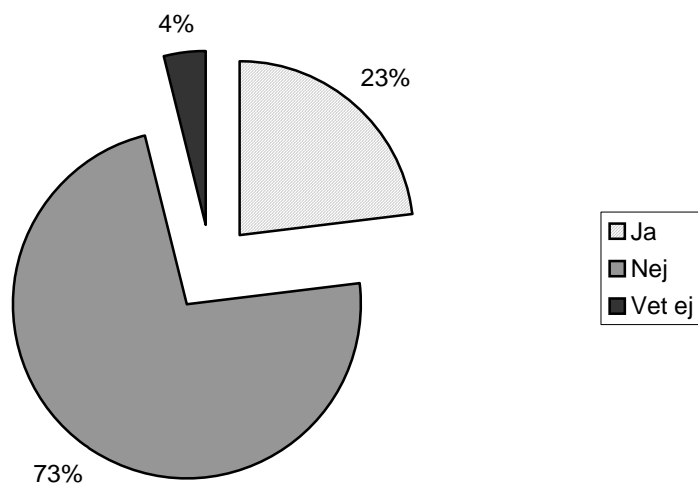
	Ja	Nej	Antal*
Central samverkansöverenskommelse Stockholms stad – Landstinget	52	28	80
Lokal överenskommelse Stadsdelsförvaltningen – Landstinget	54	26	80
Andningshjälp till personer i ordinärt boende	18	62	80
Läkarinsatser i särskilt boende	54	26	80

* en person har ej besvarat frågan

Kännedomen om samverkansöverenskommelserna hos verksamhetsföreträdarna varierar mellan undersökningsområdena. I ett av områdena svarade samtliga som besvarat enkäten att de kände till att det fanns en central samverkansöverenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad. I samma område svarade 88 procent att de kände till att det också finns en lokal samverkansöverenskommelse. I ett annat område svarade endast 27 procent att de kände till den centrala överenskommelsen och i samma område svarade 36 procent att de kände till den lokala överenskommelsen mellan stadsdelen och landstinget.

Kännedomen varierar också mellan företrädare inom kommun respektive landstingets verksamheter. Två tredjedelar av verksamhetsföreträdarna inom kommun och landsting svarade att de kände till den centrala samverkansöverenskommelsen. Däremot svarade fler (78 %) inom landstinget att de kände till den lokala överenskommelsen. Inom kommunens verksamheter svarade drygt 60 procent att de kände till samma överenskommelse. Överenskommelsen kring patienter i behov av andningshjälp hade man sämst kännedom om, endast fyra procent inom landstinget och knappt 30 procent av kommunens företrädare svarade att de kände till överenskommelsen.

I enkäten besvarades också frågan om verksamhetsföreträdarna ansåg att kommunen och landstinget gjort samverkansavtalen kända för vård och omsorgspersonalen. Av de 78 personer som svarat på frågan så ansåg tre av fyra att man inte gjort avtalen kända (figur 1, tabeller se bilaga 4)

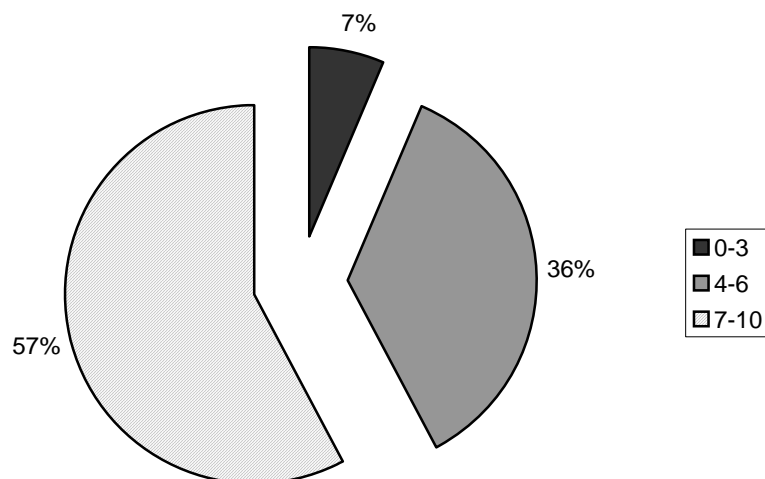


Figur 1. Anser du att staden och landstinget gjort samverkansavtalen kända för vård- och omsorgspersonalen?

På frågan om vilka kunskaper som verksamhetschefen tror att deras personal har angående samverkansavtalen svarade endast sex procent att personalen hade goda kunskaper kring dessa avtal (tabeller se bilaga 4).

Avtalets värde

Även om kunskapen varierar om avtalen finns det en samsyn bland verksamhetscheferna att samverkansavtalen har en betydelse. Endast sex procent svarade att värdet av avtalet är lågt (0-3 på tiogradig skala), medan nästan 60 procent anser att avtalen har ett visst eller betydande värde för arbetet (7-10 på skalan). Medelvärdet är dock bara 6,8 (figur 2, tabeller i bilaga 4)



Figur 2. Vilken är din övergripande bedömning av värdet av dessa samverkansavtal? (0 = ingen betydelse, 10 = mycket stor betydelse)

Hälften svarade att de tror att samverkansöverenskommelserna har en inverkan på hur samverkan fungerar ute i praktiken. Nästan lika många svarade att de tror att överenskommelserna kring samverkan har en viss eller mycket stor inverkan på hur samarbetet påverkats i arbetet kring äldre, medan bara fem procent svarade att de tror att avtalen inte alls haft någon betydelse (tabell 2).

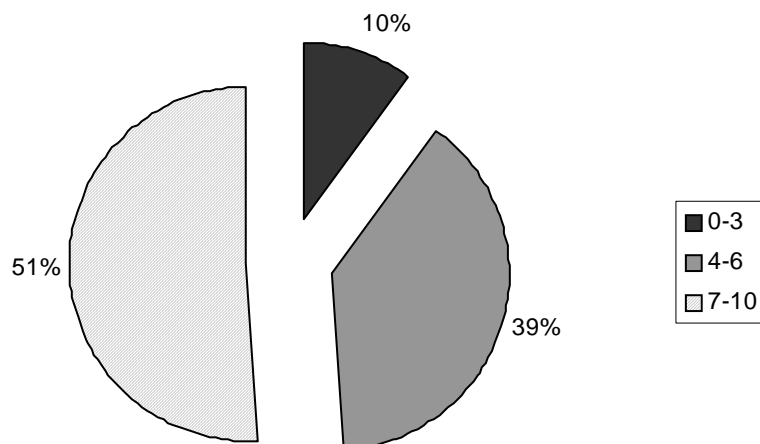
Tabell 2. Har samverkan mellan huvudmännen enligt din bedömning påverkats av samverkansavtalen?

	Antal*	%
Ja mycket	6	7,6
Ja i viss mån	32	40,5
Osäkert	30	38,0
Inte så mycket	5	6,3
Nej inte alls	4	5,1
Vet ej	2	2,5
Totalt	79	100

* två personer har ej besvarat frågan

Samverkan i praktiken

Verksamhetscheferna ombads också att bedöma hur samverkan fungerar mellan den egna verksamheten och de verksamheter man samarbetar med hos den andra huvudmannen. På frågan hur samverkan fungerar mellan verksamheter svarade drygt 50 procent (7-10 på skalan) att samverkan fungerar bra eller mycket bra, på en skala mellan 0-10, där 0 innebär att det inte alls fungerar och 10 att det fungerar mycket bra, men medelvärde ligger bara på 6,3 (figur 3, tabeller i bilaga 4).



Figur 3. Vilken är din övergripande bedömning av hur samverkan fungerar mellan Din verksamhet och de verksamheter Ni samarbetar med hos den andra huvudmannen? Poängskal 0-10, 0 = fungerar inte alls, 10 = fungerar mycket bra.

Verksamhetscheferna fick också med samma skala bedöma hur samverkan fungerar inom några preciserade områden – läkemedelshantering och delegering, rehabilitering, vårdplanering för utskrivningsklara samt läkarmedverkan. Respektive fråga besvarades endast av dem som var berörda av frågeställningen. Frågan om hur man bedömer samverkan kring läkemedelshantering och delegering besvarades av företrädare för vårdcentral/husläkare och hemtjänsten. Frågorna om rehabilitering samt vårdplanering för utskrivningsklara besvarades enbart av företrädare för vårdcentral, primärvårdsrehab och hemtjänst. Frågan om läkarmedverkan besvarades av företrädare för särskilt boende och andra berörda utförare (tabeller se bilaga 4).

Samverkan kring läkemedel och delegering tycks fungera ganska väl enligt dem som besvara enkäten. Hälften anger att det fungerar, men medelvärdet är inte högre än 6,3 på en skala mellan 0 till 10.

Samverkan kring rehabilitering fungerar sämre, bara en tredjedel av dem som besvarat enkäten att det fungerar, med ett medelvärde på 5 på skalan 0-10.

På frågan hur samverkan kring utskrivningsklara fungerar har ingen svarat att det fungerar mycket bra. Cirka 50 procent anser att det fungerar dåligt. Med ett medelvärde endast 3,9 på skalan 0-10. Bedömningen varierar beroende på vilken verksamhet som enkäten är besvarad av. Enligt svaren tenderar man att tycka att vårdplanering av utskrivningsklara fungerar sämre om man tillhör hemtjänst eller primärvårdsrehab, där 57 resp. 67 procent svarat att det fungerar dåligt. Av dem som svarat från vårdcentralerna har cirka 30 procent angett att samverkan kring utskrivningsklara fungerar dåligt.

På frågan om hur samverkan kring läkarinsatser fungerar svarar nästan 70 procent att det fungerar bra, medelvärde 7,5.

Generellt anser verksamhetscheferna att det finns tid för samråd i individärenden. Drygt hälften svarade att den vanligen finns tid och nästan 40 procent svarade ”ja ibland”. Endast två procent svarade att det inte alls fanns möjlighet till snabba samråd kring individärenden.

Tankar om hinder för samverkan

I enkäten ställde vi en öppen fråga, ”om det funnits hinder i samverkan, vad anser Du vara orsaken?” 31 personer (40 %) besvarade denna fråga. De som har svarat har en samsyn om vilka hinder som finns.

Tiden är enligt flera det största hindret för samverkan. Man hinner inte träffas över huvudmannagränserna i den utsträckning som man borde. Pressade arbetsscheman gör att den äldre blir lidande.

Dålig information om den andra huvudmannens verksamhet försvårar också samverkan mellan kommun och landsting. Bristen på information om förändringar i organisationen är enligt flera ett hinder, några poängterar vikten av

kontinuitet i organisationen, personliga relationer. Enligt några bidrar omorganisationerna hos huvudmännen till att man har svårt att hitta varandra i det praktiska arbetet.

Slutligen tar flera upp den **ekonomiska aspekten**. ”Vem skall betala vad, landstinget eller kommunen.” Pengarna styr, vilket leder till att man skjuter över kostnaderna på varandra. ”Olika pengapåsar – man vill lägga över ansvaret på den andre huvudmannen.”

Samverkansavtalens och samverkansmötenas betydelse

Endast fjorton personer valde att svara på den öppna frågan om de sett några konkreta resultat av samverkansavtalen och samverkansmötena på stadsdelsnivå.

Enligt flera har mötena inneburit att samarbetet förbättrats, att man genom att träffas kan komma fram till gemensamma rutiner för att bland annat öka patientsäkerheten. Mötena har också bidragit till att ett nätverk byggts upp och de olika parterna vet vilka kanaler som kan användas. ”Lätt att lyfta frågor, de kan behandlas relativt okomplicerat på rätt nivå.”

Genom mötena har inblandade parter fått en utökad förståelse och kunskap om den andre huvudmannens verksamheter.

ARBETET MED AVVIKELSERAPPORTERING

Rutiner för avvikelserapportering kring samverkan skall finnas i respektive stadsdel. I den centrala överenskommelsen finns beskrivet att *”som i ett led i ett fortlöpande förbättringsarbete skall de lokala samverkansgrupperna upp-
rätta system för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter rörande
brister i samverkan, resurser eller arbetssätt. Dessa system skall utformas så
att en sammanställning av klagomål mm och vidtagna åtgärder kan redovisas i
det lokala forumet minst två gånger per år.”*¹⁶

Enligt den lokala överenskommelsen är en målsättning att man i första hand skall lösa brister i samverkan mellan de två huvudmännen på lokal nivå, direkt av de inblandade. Avvikelse rapporter ska enligt avtalet lösas omgående av den som mottagit rapporten. Åtgärdsförslag ska framarbetas av den lokala samrådsgruppen. Först om en fråga inte kan eller bör lösas av den lokala samrådsgruppen skall den föras vidare till huvudmännens centrala samverkansgrupp.¹⁷

Det finns inte något enhetligt system för hur avvikelser skall hanteras inom staden. Vilket system som används är upp till den enskilda stadsdelen. Bara i ett område finns avvikelser med som en stående punkt på dagordningen för samrådsmötena. I nästan samtliga områden sköts avvikelshantering av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Hon samlar in avvikelser och sammanställer dessa.

Ytterst få avvikelser når den centrala samverkansgruppen. Åsikten hos dem som intervjuats i centrala samverkansgruppen är att de lokala avvikelserna löses redan innan mötena på lokal nivå, att lokala avvikelser skall lösas ad hoc.

I samtliga de sju studerade områdena poängterar man att brister i vården helst ska lösas lokalt, mellan berörda parter. Endast de frågor som inte kan lösas direkt skall föras vidare till den lokala samrådsgruppen. Avvikelse i de sju undersökningsområdena rör främst informationsöverföring och läkemedelshantering. Det kan också vara frågor av mer principiell karaktär eller beslut, exempelvis delegation, missnöje med samarbetet med vårdcentralen, svårt komma i kontakt med läkarna eller att distriktssköterskorna har för knappa resurser vilket i förlängningen innebär att de inte kan delta vid vårdplaneringar i önskad utsträckning.

I ett område (Skarpnäck) har man valt att ytterligare bryta ner det en nivå och genom sin insatsgrupp, där man löser i stort sett samtliga frågor kring brister i samverkan mellan kommun och landsting.

¹⁶ Överenskommelse mellan Stockholm läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre samt fysiskt funktionshindrade, funktionshindrade med utvecklingsstörning och visa funktionshindrade med hjärnskada, 2002-07-01

¹⁷ Lokal samverkansöverenskommelse mellan Stockholm läns landsting Beställaravdelning Stockholm och stadsdelsförvaltning, 2004-03-08

I ett undersökningsområde är inte MASen närvarande vid de lokala samrådsmötena vilket innebär att avvikelserna kring vården om den äldre inte når den lokala samrådsgruppen. Även i de övriga stadsdelarna saknas statistik eller mer samlad dokumentation av avvikelser. Det är ovanligt att avvikelser kommer till samrådsgruppen. Som en av de intervjuade formulerar det *”Att så få kommer, kan bero på att det är svårt att skriva en avvikelse på någon man jobbar med, som man möter ofta. När man är riktigt arg så skriver man ibland, man skriver inte för den goda sakens skull. Kanske skulle man underlätta, att man inte skulle behöva skriva en hel massa, utan göra det för att få statistik på hur vanligt olika samverkansbrister är.”*

DISKUSSION

Avtalets betydelse är själva mötet

En samstämmig bild från intervjuerna är att samverkansklimatet blivit bättre. Detta menar de intervjuade hänger samman med att samverkansavtalen stadgat att parterna ska träffas regelbundet. Samverkansavtalens främsta funktion har varit att skapa en ram för regelbundna möten. Genom mötena har man lärt känna varandra, fått ett ansikte på den andra huvudmannen och härigenom har samverkanskanaler bildats. Många problem kan numera enkelt lösas genom att parterna lärt känna varandra. Problemen behöver inte växa sig stora, oftast löser man det underhand.

En vanlig syn är också att mötena bidragit till en ökad respekt för den andre, genom att personerna i samverkansgrupperna lärt känna den andre huvudmannens organisation och professioner.

Effekter för den äldre?

Denna studie belyser hur man på tjänstemannanivå arbetar med samverkansavtalen via samverkansmöten och liknande arbetsformer. Den ger däremot inget svar på vilka resultat detta gett för den enskilde äldre som har insatser från båda huvudmännen.

Det förbättrade samverkansklimat som alla beskriver och de kanaler för att snabbt lösa problem som samverkansmötena skapat bör ha gett förutsättningar för en mer sammanhållen och trygg vård för de äldre. Det finns också en tydlig ambition hos de intervjuade att arbetet ska syfta till att ingen ska falla mellan stolarna. Den relativt positiva bild av samverkan som kommer fram i den enkät som genomförts står i klar kontrast med hur många i verksamheterna beskrev samverkan för några år sedan (Hjalmarsen & Norman 2005). Delvis kan detta säkert förklaras av att samverkansklimatet i sig förbättrats. Troligt är dock att intervjuerna med fältpersonal under 2004 speglade problem för enskilda omsorgstagare, problem som säkert alltså kvarstår även om samverkansklimatet mer generellt är bra.

Detta antagande styrks av att många på flera av de områden där det varit svårt att få till samverkan, som rehabilitering och vårdplanering för utskrivningsklara, bedömer att det alltså är stora problem, och få menar att det fungerar väl. Gemensamma lösningar i form av exempelvis samfinansierade verksamheter är mycket ovanligt, trots att det centrala samverkansavtalet nu funnits i drygt fyra år. Några av de intervjuade har pekat på att rehabilitering är ett lämpligt samverkansområde.

Ett stort antal studier har visat att samverkan fungerar sämst där behoven är störst, dvs. för äldre med stora och sammansatta behov. I flera av de studerade områdena pågår nu arbete för att gemensamt komma till rätta med detta och

hitta gemensamma lösningar. Här har de kanaler samverkansavtalen skapat kunnat underlätta det gemensamma arbetet.

Rätt personer som kan fatta beslut

Bidragande faktorer till att samverkansavtalen fallit väl ut har varit att deltagarna betraktat mötena som viktiga, och att det varit en kontinuitet i vilka som deltar. De intervjuade vill särskilt understryka hur viktigt det varit att ledande personer betonat vikten av en god samverkan. Vid chefsbyte har det märkts att samverkan kunnat försämrats, och skillnader mellan stadsdelar har förklarats med skillnader i stadsdelsdirektörens inställning.

På central nivå krävs personer som är beredda att ta beslut, föra vidare frågor och hitta lösningar är med. Det framkom i intervjuerna att landstingets centraliserade organisation ibland kunnat göra det svårt att fatta beslut. Kommunen arbetar och beslutar mer lokalt. För en väl fungerande samverkan krävs att man är tillåtande till lokala lösningar och försök, och inte kräver en likformighet i hela landstinget.

På stadsdelsnivå förekommer det att också utförarna deltar. I de områden där verksamhetscheferna ingår menar man att det underlättar när problem uppstår, många frågor rör producenterna av vård och omsorg. Man kan lösa problemen direkt med de närmast inblandade utan att behöva gå omvägen via beställarna. I de områden där landstinget enbart representeras av Beställare vård saknar man verksamhetsföreträdarna.

Viktigast torde vara att de som deltar har ett engagemang; utan eldsjälur tycks inte samverkan riktigt fungera.

Informera eller planera?

Mycket tid vid samverkansmötena går till att informera den andra huvudmannen om förändringar istället för att samråda och gemensamt planera vad som är bäst utifrån båda huvudmännens verksamheter. Det är givetvis en fördel att huvudmännen i god tid informerar varandra om förändringar i organisation och verksamheter eftersom förändringar hos den ena parten i hög grad kan påverka den andre huvudmannen. Ett utvecklingsområde för en fullgod samverkan är dock att den ena huvudmannen ger den andra möjligheter att påverka redan i ett tidigt planeringsskede. Flera av de intervjuade har betonat att man på mötena borde diskutera vad som är det bästa ur båda huvudmännens organisatoriska förutsättningar och resurser, samt vad som är bäst ur den äldres perspektiv.

Uppföljning

I den centrala samverkansöverenskommelsen finns en ambitiös inställning till uppföljning. Tanken var dock enligt de intervjuade aldrig att samverkansorganet skulle bli ett nytt utredningsorgan. Uppföljningen skulle ske genom att ta

upp klagomål och brister och hitta möjliga lösningar till dessa samt att sedan se om dessa brister kvarstår. Den typen av uppföljning görs både centralt och lokalt. Denna ambitionsnivå kan nog vara tillräcklig, förutsatt att den kompletteras med en uppföljning där man tittar på samverkan ur ett brukarperspektiv.

För att få en god struktur på uppföljningen kan ett sätt vara att få en mer strukturerad hantering av avvikelserapporteringen, på samma sätt som med avvikelser inom hälso- och sjukvården. Att så få avvikelser mot god samverkan kommer till kännedom i samrådsgrupperna i stadsdelarna kan nog inte tolkas som att brister i samverkan inte förekommer. Det beror snarare på att man inte känner till att avvikelserna bör dokumenteras, eller ser nyttan med att göra det. Detta innebär att man avhämt sig ett av de kraftfullaste förbättringsinstrumenten som samverkansavtalet ger. Det kan finnas skäl att underlätta avvikelserapporteringen, med tonvikt på att få statistik på hur vanligt olika samverkansbrister är.

Hinder

I intervjuerna och enkäterna har man lyft fram vissa faktorer som kan vara hindrande för att få samverkansgrupperna att fungera optimalt. En ledning som inte betonar vikten av samverkan är ett hinder. Att samverkansavtalen spänner över ett så brett fält, från vaggan till graven, gör också att det kan bli svårt att kunna hantera alla frågor på ett bra sätt. Vissa områden hamnar lätt i skymundan. I stadsdelarnas arbete synes dock äldrefrågorna ha prioriterat sig själva. Bristande tid är ett annat hinder. För att mötena ska bli konstruktiva – att man inte bara lyfter upp problem utan också löser dem – krävs att man har tid både före och efter mötena.

Ibland kan arbetet hämmas av att man är beroende av andra myndigheter. Ett exempel är frågan om rutiner för utskrivningsklara där man inväntat Socialstyrelsen, ett annat är frågan om ansvaret för logopedinsatser där man inväntat överläggningar på länsnivå. En fråga som kan ställas är om det inte varit en överdriven försiktighet och ibland ovilja att fatta beslut, man har inte vågat eller velat gå före lokalt. Om önskan att få likvärdighet i hela länet betonas för mycket kan det omöjliggöra överenskommelser mellan staden och landstinget och i än högre grad mellan en stadsdel och landstinget. Kanske en mer tillåtande syn på att låta olika lösningar prövas lokalt skulle stimulera arbete med att finna nya samverkansformer.

Ekonomi är otvivelaktigt ett stort hinder. Dock endast om man ser snävt till den egna budgethållningen, knappast ur ett samhällsekonomiskt eller skattebetalarperspektiv. Dubbelarbete är sällan försvarbart, och tillräckligt många studier visar på hur värdet av vården för den enskilde försämras när man inte arbetar samordnat och teambaserat. Det är därför olyckligt att det finns så få exempel på gemensamt finansierade lösningar men däremot flera exempel på hur man talar om att man måste bevaka så att inte den andra parten vältrar över för mycket kostnader på den egna huvudmannen. Här behöver samverkansklimatet förbättras ytterligare.

Framgångsfaktorer

I intervjuerna träder en relativt enig bild fram om vad som är viktigt för att samverkan skall fungera på tjänstemannanivå och ute i verksamheterna.

Attityd på tjänstemannanivå

Samverkansklimatet i samverkansgrupperna på både central och lokal nivå påverkar i hög grad hur samverkan fungerar ute i verksamheterna. Om man på ledningsnivå har en vilja att samverka så menar man att det genomsyrar det hela organisationen.

Kontinuitet

Kontinuitet är ett måste för samverkan. Genom mötet byggs kontakter över huvudmannagränserna som är oerhört viktiga. Man får ett ansikte bakom organisationen, parterna vet vem som skall kontaktas om problem uppstår.

Våga ta beslut

De personer som ingår i samverkansgrupperna måste vara beredda både att finna lösningar och ha mandat att ta beslut och genomföra besluten.

Söka lösningar

De personer som deltar vid samverkansmötena måste vara beredda på att hitta lösningar till samverkansbrister, inte enbart påvisa vilka bristerna är.

Tillåta olika lösningar

Det måste vara inte bara tillåtet utan önskvärt med olika lösningar i länet, att våga ge samverkansgrupperna mandat att hitta lokala lösningar för staden eller för stadsdelen.

Planera tillsammans

I de stadsdelar där man kommit längst med samverkan har man tagit steget från att bara informera varandra till att arbeta tillsammans för att utveckla gemensamma verksamheter. Det ökar möjligheten till att skapa helhetslösningar utifrån individens behov i stället för utifrån organisationens strukturer.

Slutsats

Samverkansavtalen har som sin viktigaste effekt skapat regelbundna gemensamma möten. Härigenom skapas personliga kontakter och fungerande kanaler för en god samverkan. Mötet kan vara svårt att få till när man arbetar i en organisation pressad ekonomiskt och i tid. Men mötet och en samverkan som fungerar för bägge parter kan ge både mer tid, genom en rationell resursfördelning, en ekonomisk vinst genom att utnyttja de resurser som finns att tillgå och en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg för den enskilde.

REFERENSER

- Gurner, U & Wånell, S E.** (1999). *Den geriatriska patienten i vårdkedjan. Var finns hindren och utmaningarna?* Äldrecentrums rapportserie 1999:6. Stockholm.
- Gurner, U.** (2001). *Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+boende i Årsta-Enskede - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser.* Äldrecentrums rapportserie 2001:6. Stockholm.
- Gurner, U & Fastbom, J.** (2002). *Vaxholm 1:an. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm, 22 fallstudier av multisjuka 75+.* Äldrecentrums rapportserie 2002:2. Stockholm.
- Gurner, U, Fastbom, J & Österman, J.** (2004) *Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka i Sigtuna.* Äldrecentrums rapportserie 2004:1. Stockholm.
- Gurner, U.** (2004). *Vi pratar, och sedan gör vi inte som vi tänkt.* rapport överlämnad till Beställare vård hösten 2004. Stockholm.
- Hjalmarson, I & Norman, E.** (2005). *Samverkan – enkelt i teorin, svårare att praktisera.* Äldrecentrums rapportserie 2005:3. Stockholm.
- Ivergård, G & Lamborn, R.** (2004). *Samverkan i Närsjukvården, Delprojekt 2.* Stockholms läns landsting. Stockholm.
- Kraus, K.** (2005). *Styrningens viktiga roll för väl fungerande samarbeten mellan organisationer i äldre vården – en kartläggning av samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård i Stockholm.* Handelshögskolan. Stockholm.
- Stockholms stads revisionskontor och Landstingsrevisorerna.** (1999) *Tänk om någon såg helheten.* DNR 420/90-99. Stockholm
- Stockholms stads revisionskontor, Landstingsrevisorerna och revisorerna i Huddinge och Norrtälje kommuner.** (2006) *Styckevis och delat, om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet;* Stockholms stads revisorer rapport 2006:04 och Landstingsrevisorerna projektrapport nr 19/2005

Övriga referenser

- Svenska kommunförbundets lokalavdelning.** (1998-03-04). *Policyförklaring om samverkan mellan kommuner och landsting i Stockholms län kring vård och omsorg med huvudsaklig tyngdpunkt på äldre och andra grupper med*

omfattande vård- och omsorgsbehov. Tecknat av KSL kommunförbundet Stockholms län och Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Central samverkansöverenskommelse. (2002- 07-01). *Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre, fysiskt funktionshindrade, funktionshindrade med utvecklingsstörning och vissa funktionshindrade med hjärnskada. Tecknat av Stockholms läns landsting och Stockholms stad, 2002-07-01.*

Stadsdelsöverenskommelse. (2004-03-08) *Mall för Lokal överenskommelse mellan Stockholms läns landsting Beställaravdelning Stockholm och ...Stadsdelsförvaltning,.*

BILAGOR

Bilaga 1. Intervjuguide Centrala samverkansgruppen

Frågeområden	Frågor
Inledning	<ul style="list-style-type: none">• Syftet med Äldrecentrums kartläggning• Vilka ingår i studien• Rapport kommer i januari 2007
Frågeställningar i gruppen	<ul style="list-style-type: none">• Vilka är de viktigaste frågeställningarna som Ni arbetat med i samverkansgruppen?<ul style="list-style-type: none">- Allmänt- Kring äldre• Finns det några frågor som borde tagits upp i samverkansgruppen, men som inte gjorts?• Varför har man inte tagit upp dessa?
Avtal	<ul style="list-style-type: none">• Vilka centrala avtal finns inom äldreområdet?• Vilka av de centrala avtalen tror du har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten?• Vilka samverkansfrågor borde enligt din bedömning lösas via avtal, men som idag inte innefattas?• Finns det områden som det borde finnas lokala avtal kring, men som det idag inte finns för att komplettera de centrala avtalen?
Arbetet i praktiken	<ul style="list-style-type: none">• Hur bedömer du att samarbetsklimatet är ute i verksamheterna?• Har samverkan på något sätt enligt din bedömning påverkats av att det finns ett samverkansavtal eller att ni har samverkansmötena?
Resultat	<ul style="list-style-type: none">• Kan du ge några konkreta resultat av samverkansavtalen och samverkansmötena, vad har dessa lett fram till?
Uppföljning	<ul style="list-style-type: none">• Sker det någon kontinuerlig uppföljning av avtalen vid samverkansmötena?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hur görs uppföljningen? (sammanställning av avvikelserapporter, enkäter, skriftliga rapporter där målen i samverkansavtalen följs, muntliga rapporter utifrån ledamöternas egen kunskap, annat?) • Hur ofta följs avtalen upp?
Avvikelse­rap­por­te­ring	<ul style="list-style-type: none"> • Före­kom­mer regel­bunden av­vikelse­rap­por­te­ring till de lokala sam­råds­grup­perna i frå­gor där sam­verkan brustit? • För sam­råds­grup­pen vidare eventuella av­vikelse­er till Er i cen­trala sam­verkan­grup­pen? • Vilka typer av av­vikelse­er förs vidare?
Kun­skap på en­hets­nivå	<ul style="list-style-type: none"> • Har du någon uppfattning om vilken kun­skap det finns på en­hets­nivå om av­ta­len? • Vet du hur av­ta­len används ute i verksam­heterna i det praktiska arbetet? • Hur har ni i den cen­trala sam­verkan­grup­pen arbetat med att göra av­ta­len och inten­tionerna bakom dessa kända i respektive or­ganisation? • Hur har Ni följt upp att av­ta­len faktiskt är kända och tillämpas av vård- och omsorgs­per­sonalen?
	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella hinder finns för sam­verkan enligt din bedömning?

Bilaga 2. Intervjuguide samrådsgrupperna

Frågeområden	Frågor				
Inledning	<ul style="list-style-type: none"> • Syftet med Äldrecentrums kartläggning • Vilka ingår i studien • Rapport kommer i januari 2007 				
Frågeställningar i gruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka är de viktigaste frågeställningarna som Ni arbetat med i Er samrådsgrupp? <ul style="list-style-type: none"> - Allmänt - Kring äldre • Finns några frågor som borde tagits upp i samrådsgruppen, men som inte gjorts? • Varför har man inte tagit upp dessa? 				
Avtal	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">Centrala</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka centrala avtal finns inom äldreområdet? • Vilka av de centrala avtalen har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten? </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">Lokala</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka lokala avtal inom äldreområdet? • Vilka lokala avtal har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten? • Finns det områden som det borde finnas avtal kring, men som det idag inte finns? • Vilka samverkansfrågor borde enligt din bedömning lösas via avtal, men som idag inte infattas? </td> </tr> </table>	Centrala	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka centrala avtal finns inom äldreområdet? • Vilka av de centrala avtalen har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten? 	Lokala	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka lokala avtal inom äldreområdet? • Vilka lokala avtal har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten? • Finns det områden som det borde finnas avtal kring, men som det idag inte finns? • Vilka samverkansfrågor borde enligt din bedömning lösas via avtal, men som idag inte infattas?
Centrala	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka centrala avtal finns inom äldreområdet? • Vilka av de centrala avtalen har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten? 				
Lokala	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka lokala avtal inom äldreområdet? • Vilka lokala avtal har haft bäst genomslagskraft ute i verksamheten? • Finns det områden som det borde finnas avtal kring, men som det idag inte finns? • Vilka samverkansfrågor borde enligt din bedömning lösas via avtal, men som idag inte infattas? 				
Arbetet i praktiken	<ul style="list-style-type: none"> • Hur bedömer du att samarbetsklimatet är ute i verksamheterna? • Har samverkan på något sätt enligt din bedömning påverkats av att det finns ett samverkansavtal eller att ni har samverkansmöten? 				
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du ge några konkreta resultat av samverkansavtalen och samverkansmötena, vad har de lett fram till? • Har det gjorts några andra förändringar inom Er eller era samarbetspartners verksamheter som har påverkat samverkan? 				

	<ul style="list-style-type: none"> • Tror du att förändringar vad gäller t.ex. utbud av korttidsboende och särskilda boendeformer påverkat samverkan?
Uppföljning	<ul style="list-style-type: none"> • Sker det någon kontinuerlig uppföljning av avtalen vid samverkansmötena? • Hur görs uppföljningen? (sammanställning av avvikelserapporter, enkäter, skriftliga rapporter där målen i samverkansavtalen följs, muntliga rapporter utifrån ledamöternas egen kunskap, annat?) • Hur ofta följs avtalen upp?
Avvikelseberättelse	<ul style="list-style-type: none"> • Förekommer regelbunden avvikelserapportering till samrådsgruppen i frågor där samverkan brustit? • För samrådsgruppen vidare eventuella avvikelser till den centrala samverkansgruppen? • Vilka typer av avvikelser förs vidare?
Kunskap på enhetsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Vet du vilken kunskap det finns på enhetsnivå om avtalen? • Vet du hur avtalen används ute i verksamheterna i det praktiska arbetet? • Hur har ni på stadsdelsnivå arbetat med att göra avtalen och intentionerna bakom dem kända i respektive organisation? • Hur har ledningen följt upp att avtalen faktiskt är kända och tillämpas av vård- och omsorgspersonalen?
	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella hinder finns för samverkan enligt din bedömning?
	Ge gärna goda exempel på samverkan kring äldre i Er stadsdel!

Bilaga 3. Enkätfrågor

Enkätundersökning. ”Samverkan avseende äldreomsorg och äldreomsorg mellan Staden och Stockholms län landsting i Stockholms stad.

1. Din nuvarande befattning/funktion/verksamhet?

.....
.....

2. Vilka avtal känner Du till avseende samverkan mellan kommun och landsting avseende vård, omsorg och rehabilitering för äldre personer?
Ange nedan vilka:

	Ja	Nej
a) Central samverkansöverenskommelse		
Stockholm stad - landstinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lokal samverkansöverenskommelse		
Stadsdelsförvaltningen – landstinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Läkarinsatser särskilda boendeformer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Andningshjälp till personer i ordinärt boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Samverkan hemtjänst - Hemsjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Annat, ange nedan vilka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
.....

3. Vilken är Din övergripande bedömning av värdet av dessa samverkansavtal? ange på skala 0-10, (0 = ingen betydelse, 5 = varken eller, 10 = mycket stor betydelse)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Vilken är Din övergripande bedömning av hur samverkan fungerar mellan Din verksamhet och de verksamheter Ni samarbetar med hos den andra huvudmannen ange på skala 0-10, (0 = fungerar inte alls, 5 = varken eller, 10 = fungerar mycket bra)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Har samverkan mellan huvudmännen enligt Din bedömning påverkats av samverkansavtalen?

- ja mycket
- ja i viss mån
- osäkert
- inte så mycket
- nej inte alls

Fråga 6 besvaras enbart av företrädare för vårdcentral och hemtjänst.

6. Hur bedömer Du att rutiner och samverkan vad gäller läkemedelshandling och delegering fungerar? ange på skala 0-10, (0 = fungerar inte alls, 5 = varken eller, 10 = fungerar mycket bra)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fråga 7 och 8 besvaras enbart av företrädare för vårdcentral, primärvårdsrehab och hemtjänst.

7. Hur bedömer Du att samverkan kring rehabilitering för äldre fungerar? ange på skala 0-10, (0 = fungerar inte alls, 5 = varken eller, 10 = fungerar mycket bra)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Hur bedömer Du att samverkan och gemensam vårdplanering för utskrivningsklara fungerar? ange på skala 0-10, (0 = fungerar inte alls, 5 = varken eller, 10 = fungerar mycket bra)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fråga 9 besvaras enbart av företrädare för särskilt boende samt berörda utförare.

9. Hur bedömer Du att samverkan om läkarmedverkan fungerar? ange på skala 0-10,
(0 = fungerar inte alls, 5 = varken eller, 10 = fungerar mycket bra)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Finns det möjlighet till snabba samråd i individärenden mellan Er personal och personal hos den andra huvudmannen?
- ja vanligen
 - ja ibland
 - inte så vanligt
 - nej inte alls

11. Har Ni vid tidigare tillfällen lyft fram frågeställningar till samverkansmötena mellan stadsdelen och landstinget?
- Ja, Om ja, ge exempel nedan:
 - Nej

.....

.....

.....

.....

.....

12. Finns det frågeställningar som borde ha lyfts upp till samverkansmöte mellan stadsdelen och landstinget, men som ej skett?

Ja, Om ja, ange varför nedan:

Nej

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Finns det samverkansfrågor som Ni tycker borde lösas i den centrala samverkansgruppen, men som ej skett?

Ja, Om ja, vilka, ange nedan?

Nej

.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. Har Din enhet träffat eget avtal med enhet(er) hos den andra huvudmannen för att lösa konkreta samverkansproblem?

Ja, Om ja, ange vilka, ange nedan:

Nej

.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Anser du att staden och landstinget gjort samverkansavtalen kända för vård- och omsorgspersonalen?

- Ja
- Nej

16. På en skala vilken kunskap bedömer Du finns hos personalen i din enhet angående avtalen?

- Goda
- Varierande
- Små
- Obefintliga

17. Om det har funnits hinder i samverkan, vad anser Du vara orsaken?

.....
.....
.....

(kortad här)

18. Ange gärna några konkreta resultat som Du ser som ett resultat av samverkansavtalen och samverkansmöten på stadsdelsnivå.

.....
.....
.....

(kortad här)

Tack för Er medverkan!

Bilaga 4. Tabeller enkätundersökningen

Tabell 3. Anser du att Staden och Landstinget gjort samverkansavtalen kända för vård- och omsorgspersonalen?

	Antal*	%
Ja	18	23
Nej	57	73
Vet ej	3	4
Totalt	78	100

* tre personer har ej besvarat frågan

Tabell 4. Vilken kunskap bedömer Du att personalen i din verksamhet har angående samverkansavtalen?

	Antal*	%
Goda	5	6,3
varierande	28	35,4
Små	33	41,8
Obefintliga	10	12,7
Vet ej	3	3,8
Totalt	79	100

* två personer har ej besvarat frågan

Tabell 5. Vilken är din övergripande bedömning av värdet av dessa samverkansavtal? (0 = ingen betydelse, 10 = mycket stor betydelse)

Skala	Antal*	%
0	0	0
1	0	0
2	2	2,6
3	3	3,9
4	4	5,3
5	16	21,1
6	7	9,2
7	9	11,8
8	21	27,6
9	3	3,9
10	11	14,5
Totalt	76	100

* fem personer har ej besvarat frågan

Tabell 6. Vilken är din övergripande bedömning av hur samverkan fungerar mellan Din verksamhet och de verksamheter Ni samarbetar med hos den andra huvudmannen?

Skala	Antal*	%
0	0	0
1	1	1,3
2	2	2,5
3	5	6,3
4	4	5,0
5	16	20,0
6	11	13,8
7	15	18,8
8	16	20,0
9	8	10,0
10	2	2,5
Totalt	80	100

* en personer har ej besvarat frågan

Tabell 7. Bedömning av hur samverkan fungerar kring läkemedelshantering, delegering, rehabilitering, vårdplanering och läkarmedverkan.

Bedömning av hur samverkan fungerar kring;		Poängskala 0 - 10			
		0 = fungerar inte alls, 10 = fungerar mycket bra.			
		0-3	4-6	7-10	Totalt
Läkemedelshantering och delegering*	Antal	3	14	15	32
	%	9,3	43,7	47	100
Rehabilitering*	Antal	12	14	13	39
	%	30,8	35,9	33,4	100
Vårdplanering utskrivningsklara	Antal	20	14	6	40
	%	50	35	15	100
Läkarmedverkan*	Antal	2	7	20	29
	%	6,9	24,1	68,9	100

* två personer har ej svarat, ** en person har ej svarat, *** en person har ej svarat.

Tabell 8. Bedömning av hur samverkan fungerar kring vårdplanering av utskrivningsklara, uppdelat på verksamhet.

Bedömning av hur samverkan fungerar kring vårdplanering uppdelat på verksamhet;		Poängskala 0 - 10			
		0 = fungerar inte alls, 10 = fungerar mycket bra.			
		0-3	4-6	7-10	Totalt
Hemtjänst	Antal	12	6	3	21
	%	57,2	28,5	14,3	100
Vårdcentral	Antal	4	6	3	13
	%	30,8	46,2	23,1	100
Primärvårdsrehab	Antal	4	2	.	6
	%	66,6	66,6	.	100

Tabell 9. Finns det möjlighet till snabba samråd i individärenden mellan Er personal och personal hos den andra huvudmannen?

	Antal	%
Ja vanligen	34	54
Ja ibland	24	38
Inte så vanligt	4	6
Nej inte alls	1	2
Totalt	63	100

* 18 personer har ej besvarat frågan

Samverkan mellan vårdens och omsorgens huvudmän, landsting och kommun, har stått i fokus åtminstone de senaste 50 åren. Olika sätt att lösa dessa frågor har vidtagits under åren, allt från lokala lösningar till lagstiftning. I Stockholms län har huvudmännen angett vikten av samverkan genom att 2002 teckna särskilda avtal om hur samverkan ska utformas på alla de områden där kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har beröringspunkter. I denna studie har fokus legat på de äldre. Resultaten visar att samverkansklimatet förbättrats under detta årtionde, och att en avgörande faktor är att samverkansavtalen gett en struktur för regelbundna gemensamma möten vars syfte är att lösa de samverkansproblem som uppstår.