

A Study of Coordination in a Swedish Health Care Setting

- Approaching obstacles and success factors through Lean and Relational Coordination

En studie om Samverkan i den svenska hälso- och sjukvården

- Applikationer av Lean och Relationell koordination

Kurs 619 Kandidatuppsats i Management 15 hp

Henrik Kilander, 22400 & Veronica Råberg-Schrello, 22441

Inlämningsdatum 18 maj 2015

Antal ord: 11911

Abstract

In public health care, organisation and coordination are frequent areas of debate. Health care has also been subject to many reforms and investigations, without arriving at a satisfying solution for how to organise and coordinate in an optimal way. This thesis aims to look closer at the concept *samverkan* within Swedish health care and more specifically, identify obstacles and how to solve them, as well as identifying success factors. To do this, we have conducted an empirical study wherein we interview caregivers in psychiatry and geriatrics in the Sörmland county, to get their views on and experience of *samverkan*. Through our empirical study, we identified several obstacles, including suboptimal use of IT systems and clinics organised as isolated units, as well as success factors such as good working relationships and established routines of inter-disciplinary meetings. With these results, we conducted an analysis based on two main theories of organisation and coordination, Lean and Relational Coordination. These theories were helpful in determining possible solutions to the obstacles, and could also help explain success factors. To conclude, we have drafted a decision matrix for pinpointing when it would be suitable to use the respective organisational theories. However, the main takeaway is that difficulties will arise if one tries to organise according to one theory only. Solutions should be tailored to the needs of the different parts of the care process.

Key words: Health Care, Psychiatry, Geriatrics, Lean, Relational Coordination

Tack till:

Karin Fernler för värdefull handledning i akademiskt tänkande och skrivande. Du har lärt oss värdet av att ha en ”hook”

Mats Tyrstrup för vägledning i den djupa djungeln som är samverkan och många intressanta samtal därtill

Stiftelsen Leading Health Care för access till bakgrundsmaterial och rätt personer inom Landstinget Sörmland

Marie Håkansson för samordning och koordinering av intervjupersoner

Malin Tilfors & Betty Andersson, Martin Balsvik & Jacob Karlsson, Elin Fura & Ida Eklund, David Uher & Olivya Adnan Marben

Som stött och blött våra tankar och tillsammans gjort vår uppsats bättre

Innehållsförteckning

1.1 Inledning.....	5
1.2 Definition av samverkan.....	5
1.3 Syfte & Forskningsfråga.....	6
1.4 Avgränsningar.....	6
1.5 Tidigare forskning.....	7
2. Metod.....	9
2.1 Forskningsmetod.....	9
2.2 Leading Health Care.....	9
2.3 Urval.....	10
2.4 Intervju- och analysmetod.....	10
2.5 Omfång.....	11
3. Teoretisk referensram.....	13
3.1 Samverkan i vården.....	13
3.2 Lean.....	14
3.3 Relationell koordination.....	15
4. Empiri.....	17
4.1 Empirisk bakgrund.....	17
4.1.1 Katrineholm.....	17
4.1.2 Flen.....	18
4.1.3 Vingåker.....	19
4.2 Intervjuresultat.....	20
4.2.1 Katrineholm.....	20
4.2.2 Flen.....	23
4.2.3 Vingåker.....	25
4.2.4 Samtal med en chef inom psykiatri.....	28
5. Analys.....	30
5.1 Tematisk analys av empirin.....	30
5.1.1 Förhållande aspekter.....	30
5.1.2 Underlättande aspekter.....	32
5.2 Teoribaserad analys.....	34
5.2.1 Kan man lösa problemen med hjälp av Lean?.....	34
5.2.2 Kan framgångar förklaras med hjälp av Lean?.....	36
5.2.3 Kan framgångar förklaras med hjälp av Relationell Koordination?.....	37
5.2.4 Kan man lösa problemen med hjälp av Relationell koordination?.....	37
5.2.5 Problematisering av teoriernas applicerbarhet.....	39
5.3 Slutsatser och Rekommendationer.....	40
6. Förslag till vidare forskning.....	42
7. Källor och Litteratur.....	43
8. Appendix.....	45

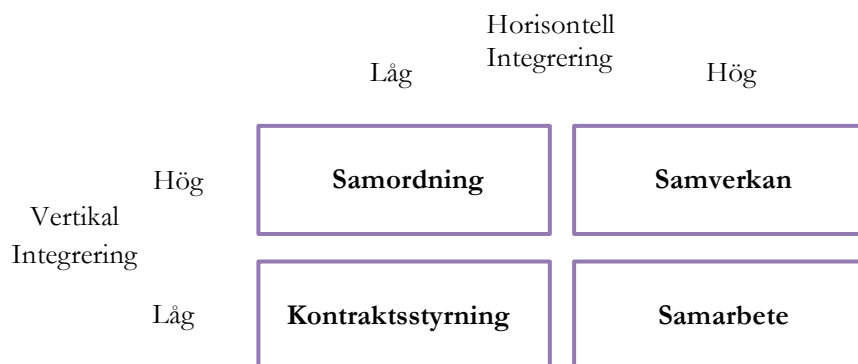
1.1 Inledning

En fungerande hälso- och sjukvård är en hörnsten i ett modernt samhälle. Då den är kollektivt finansierad, blir den ofta föremål för politiska och ideologiska debatter om hur den ska skötas. Ur samhällssynpunkt är det bra att det går att diskutera och ifrågasätta hur vården organiseras, för att få att få bästa möjliga effekt av de samlade resurserna. Det leder till att man ständigt utvecklar styrnings- och förvaltningsprocesserna, något som inte sällan leder till reformer av olika slag. När man genomför förändringar innebär det för hälso- och sjukvårdens del ofta organisatoriska utmaningar. De senaste decennierna har samverkan blivit ett alltmer centralt begrepp, som ska lotsa vårdutövare att arbeta tillsammans över administrativa och medicinska gränser. Idén är exempelvis att psykiatri ska kunna samarbeta med äldreomsorgen, äldreomsorgen i sin tur med hemtjänsten och hemtjänsten vara kontaktyta för anhöriga. De vårdkedjor som uppstår är komplexa och svåröverskådliga.

Man har arbetat med att utveckla samverkan inom vården sedan mitten av sjuttioalet. Detta betyder inte att man inte jobbat med olika typer av samarbete eller koordinering innan dess, men begreppet samverkan börjar dyka upp i litteraturen ungefär vid den tidpunkten. Samverkan har visat sig vara svårt. Många jobbar hårt för att säkerställa en för patienten sammanhängande vård men i media, i akademiska rapporter och i utredningar från Inspektionen för vård och omsorg, får vi regelbundet läsa om tillfällen då patienter fallit mellan stolarna. Denna uppsats ämnar utreda samverkan. Vilka är framgångsfaktorerna och vilka hinder finns för samverkan?

1.2 Definition av samverkan

Samverkan kan tyckas vara ett enkelt begrepp att förstå, men har många konnotationer. För att särskilja mellan de olika begreppen som används, kan följande bild vara hjälpsam:



Figur 1. Definition av samverkan i förhållande till närliggande begrepp

Matrisen återfinns i antologin *Team - i vård, behandling och omsorg*¹ i vilken redaktörerna avsett samla erfarenheter och reflektioner för området. Den visar hur olika styrmedel tillämpas, baserat på graden av vertikal och horisontell integrering i verksamheten. Hög vertikal integrering innebär en beslutsstruktur där order kommer uppifrån. Hög horisontell integrering innebär att det finns ett starkt nätverk av aktörer som på olika vis måste förhålla sig till varandra. Inom komplex vård förekommer både hög vertikal och hög horisontell integrering och därför blir *samverkan* det mest lämpliga sättet att styra på. Med samma logik räcker det med *samordning* som styrprincip där man har hög vertikal integrering men låg horisontell integrering, exempelvis inom en väl avgränsad organisation.

För denna studie definieras samverkan som: **Att olika grupper, exempelvis professioner, institutioner, avdelningar eller myndigheter samordnar sina insatser och verkar gemensamt mot samma mål.**² Växelvis används även ”koordinering”, vilket ska förstås som ett organiserande av olika aktiviteter i en för syftet logisk följd.

1.3 Syfte & Forskningsfråga

Att med hjälp av insamlad empiri studera hur man framgångsrikt samverkar gällande patienter som har behov av insatser från flera huvudmän och professioner. Detta sker mot bakgrund av ett teoretiskt ramverk genom vilket en djupgående analys kommer att genomföras. Empirin kommer också att användas för att studera faktorer som hindrar samverkan. Trots vårdsumfundets medvetenhet och en bred akademisk forskning om samverkan, händer det fortfarande att patienter ”faller mellan stolarna”. Denna uppsats ämnar identifiera olika hinder för samverkan och presenterar en möjlig lösning på dem. För framgångsfaktorerna görs en liknande utredning. Forskningsfrågan är således: *Vad underlättar respektive hindrar samverkan inom vården?* Med underfrågan: *Hur ska man samverka?*

1.4 Avgränsningar

Vi har valt att använda oss av litteratur baserad på begreppet samverkan. Därmed har vi uteslutit verk som endast innehållit sökorden samordning, samarbete eller kontraktstyrning. Detta för att samverkansbegreppet är det vi intresserar oss för, men också för att få en hanterbar mängd text att gå igenom. Vi har genomfört analys av empirin baserad på två teorier

¹ Johan Berlin, Eric Carlström och Håkan Sandberg (red.) *Team i vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner*, Lund 2009, s. 152

² Ibid, s. 102

som är relevanta för samverkan, men har inte inkluderat perspektiv på teorierna som rör implementering och implementeringsproblem.

För den empiriska studiens omfång var det lämpligt att studera ett specifikt landsting i Sverige. Sörmland är ett landsting som är representativt för landet i sin helhet. Vårdtillfällen per 100 000 invånare stämmer väl överens med riksgenomsnittet, Sörmlandsbefolkningen är ett år äldre än genomsnittet i Sverige, vilket indikerar en något högre andel äldre i landstinget. Detta kan anses vara en acceptabel differens. Inkomstspredningen är representativ för hur det ser ut i landet i övrigt (se appendix, bilaga 1-3). Dessutom fick vi i Sörmland tillgång till relevant personal inom samverkanstunga områden. Mer information om det i metoddelen.

1.5 Tidigare forskning

Samverkan inom vården i Sverige har varit föremål för forskning under en längre tid. En Librisökning renderar verk från 1972 och framåt. Som källor har vi bland annat använt rapporter som det nu nedlagda Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut (SPRI) gav ut före, under och efter psykiatrireformen 1994-1995. I korthet gick reformen ut på att psykiskt sjuka personer skulle undvika att hospitaliseras och istället vårdas ute i samhället. Vårdplatserna blev färre och kommunerna fick ett större ansvar för dessa patienter.

Redan 1984 publicerades en för uppsatsen viktigt rapport från SPRI med titeln *Psykiatri i samverkan*³, i vilken författarna identifierade de aktuella problemen på området och hur man borde jobba med förändring och incitament till förändring. Bland annat uppmärksammades vikten av samverkan på flera nivåer. 1991 kom rapporten *Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar*⁴, som utredde olika instansers samverkan med psykiatrin, bland andra allmänläkare samt hemtjänst. 1997 kom en utveckling som hette *Den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar*⁵, vilken igen fokuserade på samverkan mellan psykiatrin och andra verksamheter, denna gång uppdaterad med exempelvis kriminalvården och geriatriken. I den konstaterades bland annat att ett av problemen som hindrade samverkan var låg förståelse för varandras förutsättningar.⁶ 1999 kom rapporten *Att samverka kring psykiatrireformens klienter*⁷ där en specifik

³ *Psykiatri i samverkan*, SPRI-rapport, Stockholm 1984

⁴ *Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar*, SPRI-rapport, Stockholm 1991

⁵ *Den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar- avgränsning och samverkan*, SPRI-rapport, Stockholm 1997

⁶ *Den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar*, s. 41

⁷ *Att samverka kring psykiatrireformens klienter*, SPRI-rapport, Stockholm 1999

modell för samverkan introducerades, kallad Samverkans hexagon (se appendix, bilaga 6). Den skulle hjälpa samverkan mellan psykiatri och andra verksamheter.

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) utger regelbundet rapporter om organiseringsfrågor inom vården, varför det har varit intressant att studera de rapporter som tangerar uppsatsens ämnesområden. Några har varit av särskilt intresse, exempelvis *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor*⁸. *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre*⁹ samt *Detta kommer debatten att handla om*¹⁰ vari Mats Tyrstrups verk *I välfärdsproduktionens gränsland*¹¹ figurerar, har alla utgjort bakgrundsmaterial.

Ytterligare relevanta och aktuella studier av samverkan i vården är exempelvis *Att vårda i blindo*¹², en studie från kommunförbundet Skåne som lyfter fram faktorer för lyckad samverkan, bland dem dialog, relationer och tillitsskapande mellan individer.¹³ *Ensam är inte stark*¹⁴ är en idéskrift om hur man framgångsrikt tillämpar samverkansarbete, där Samverkans hexagon tas upp som vägledning till hur man får framgångsrik samverkan.¹⁵

Diverse styrdokument samt verksamhetsplaner för vård i Sörmland har också utgjort bakgrundsmaterial för uppsatsförfattarna, men redogörs inte för här.

8 Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor*, Leading Health Care nr 11 2012, Stockholm

9 Eva Hagbjer, *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre* Leading Health Care nr 5 2012

10 *Framtidens hälsa, vård och omsorg: Detta kommer debatten att handla om* Leading Health Care nr 3 2014

11 Mats Tyrstrup, *I välfärdsproduktionens gränsland – organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*, Stockholm 2014

12 Margareta Rängård, Pia Petersson & Kerstin Blomqvist, *Att vårda i blindo – en forskningsrapport om professioners samverkan i närsjukvården*, Lund 2012

13 Ibid, s. 39

14 Eva Nilsson Lundmark & Ingvar Nilsson, *Ensam är inte stark – Om att lyckas i ett samverkansarbete*, Uppsala 2013

15 Ibid, s. 34

2. Metod

2.1 Forskningsmetod

Utifrån vårt syfte, att undersöka hinder och underlättande faktorer för samverkan, torde en kvalitativ studie vara den mest lämpliga. Detta för att samverkan är ett svårfångat begrepp och vi är intresserade av upplevelser kring hur samverkan ter sig, samt synen på samverkan hos våra intervjuobjekt. En sanning kring hur man ska få samverkan att fungera finns troligtvis inte. Samverkan förutsätter många aktörers inblandning och de aktörerna agerar utifrån egna upplevelser och synsätt. Således blir perceptionen av aktiviteten samverkan desto mer intressant. En kvantitativ studie hade troligtvis varit sämre för att fånga upp åsikter, nyanser och underliggande resonemang hos intervjuobjekten. En kvalitativ undersökningsmetod ger möjligheter till exempelvis följdfrågor och fördjupningar, baserade på intervjuobjektens reflektioner.

Nackdelarna med en kvalitativ studie är att intervjuformatet ibland kan inbjuda till vissa utmaningar. Man vill inte influera den man intervjuar, samtidigt som man vill vara en aktiv lyssnare och uppmuntra till vidare resonemang kring specifika ämnen. Vi har märkt att detta kan vara svårt att göra på ett neutralt sätt, men har ansträngt oss att inte ställa ledande frågor eller komma med påståenden som hade kunnat influera intervjuobjekten. Intervjuguiden har dessutom hjälpt i detta syfte.

Ett annat potentiellt problem gäller tillförlitligheten av studien. Vi har gjort det vi kunnat för att säkerställa våra resultat – till exempel ställt samma frågor till alla (utom chefen), intervjuat samtliga i cirka 45 minuter och varit två personer som intervjuat vid alla tillfällen. Dessutom redovisas resultaten för de som deltagit i studien, för att säkerställa att deras åsikter är korrekt representerade.¹⁶

2.2 Leading Health Care

LHC är en akademisk tankesmedja inom hälso- och sjukvård, vars syfte är att samla insikter från akademin och praktiken för framtidens vård. Den förvaltas som en fristående stiftelse. Mot bakgrund av uppsatsförfattarnas intresse för vårdfrågor, kom förslaget att ta kontakt med LHC för att undersöka om det fanns någon pågående studie kunde vara intressant för

¹⁶ Alan Bryman & Emma Bell, *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Stockholm 2013, s. 402

uppsatsen. Vi fick kontakt med Mats Tyrstrup, forskare vid Center for Advanced Leadership studies, vid HHS samt forskare vid LHC. Genom Mats blev vi introducerade för ett projekt inom framtidens närvård i Sörmland, ur vilket vi kunde formulera en separat uppsats om samverkan i särskilt samverkanstunga områden – psykiatri och geriatrik. Genom LHC fick vi access till vårdutövare i Sörmland, vilket också blev studiens fokusområde.

2.3 Urval

Genom LHC fick vi kontakt med enhetschefer inom psykiatri och geriatrik i Sörmland. Den första kliniken vi kontaktade var mobila psykosteamet i Katrineholm, tillsammans med vars enhetschef vi kom fram till vilka professioner som var de mest samverkanstunga och därför lämpliga att intervjua. Hen föreslog en arbetsterapeut, en mentalskötare och en sjuksköterska som lämpliga intervjuobjekt, då de ansågs ha flest kontaktytor mot vårdgrannarna. Dessa tre professioner fick sedan agera mall för de vi valde att intervjua på övriga orter, för att åstadkomma jämförbarhet i empirin och därmed kunna konfirmera om upplevelserna på de olika orterna liknade varandra. En person kan inte anses till fullo representera hela sin yrkesgrupp, varför det var lämpligt att koncentrera urvalet till så få professioner som möjligt. Om studien hade gjorts större, hade det dock var en god idé att utöka urvalet professioner.

Av en enhetschef fick vi en lista på potentiella intervjuobjekt och kontaktade dem. De fick ta ställning till om de kunde tänka sig att bli intervjuade av oss. Samtliga svarade ja, somliga ville titta på frågorna vi tänkte ställa före intervjun och fick då ta del av det materialet.

2.4 Intervju- och analysmetod

Av de företagna intervjuerna var samtliga av semistrukturerad art. Det vill säga, vi tog fram en intervjuguide och utgick ifrån den under intervjuerna. Intervjuguiden konstruerades efter inläsning på teorier och tidigare arbeten i fältet. LHC gav råd kring frågornas utformning. Då vi fick höra något extra intressant, ställdes följdfrågor. Samtliga teman från intervjuguiden täcktes medvetet in under varje samtal. Inför samtalet med chefen, gjordes en ny intervjuguide som fokuserade på vilka övergripande frågor som hen ville jobba med, samt vad visionen var för verksamheten i framtiden. Den här typen av intervjuprocess passade för uppsatsens syfte då den gav flexibilitet¹⁷, men samtidigt inte var alltför ostrukturerad, vilket hade lett till en bred och ospecifik empiri. Intervjuerna tog mellan 40 och 50 minuter. Totalt genomfördes tio

¹⁷ Bryman & Bell, s. 476

intervjuer, med personal på fyra orter: Mobila psykoteamet i Katrineholm, en chef i Nyköping, korttidsboendet i Vingåker samt psykiatrimottagningen i Flen. Intervjuerna genomfördes på plats hos de olika vårdgivarna, för att underlätta förfarandet. Samtliga intervjuer spelades in förutom en där intervjuobjektet var besvärad av inspelningen och vi istället tog rigorösa anteckningar. Allt material anonymiserades sedan. Förutom bakgrundsdata, var frågorna:

Intervjuguide arbetsterapeut, sjuksköterska, mentalskötare
<i>Kan du beskriva vad ditt jobb innebär?</i>
<i>Kan du beskriva vad ditt team gör?</i>
<i>Hur kommer ni i kontakt med patienterna ni besöker?</i>
<i>Hur går ni vidare efter ett patientbesök?</i>
<i>Hur fungerar er relation till andra enheter? (som arbetar med samma patienter)</i>
<i>Vad gör att arbetet med andra enheter fungerar/inte fungerar?</i>

Intervjuguide Chef
<i>Hur ser du på samverkan?</i>
<i>Hur bör samarbetet med kommunerna se ut?</i>
<i>Vilken vision har du för psykiatrin?</i>
<i>Vilken vision har du för dina anställda?</i>

Då intervjuerna genomförts, lyssnade uppsatsförfattarna var för sig på materialet och sammanställde texter baserade på innehållet. Att transkribera varje ord ansågs inte vara nödvändigt, dock är alla citat ordagranna och vi har frekvent gått tillbaka till det inspelade materialet för att säkerställa uppgifterna. Empirin som samlades in underkastades sedan en tematisk analys med fokus på samverkan. Vissa mönster och återkommande teman har då kunnat konstateras. Den tematiska analysen har varit grunden för den efterföljande djupare analysen, där teori applicerats på materialet för att närmare granska problematiken respektive framgångsfaktorerna för samverkan.

2.5 Omfång

För en kandidatuppsats är omfånget begränsat. Vi har genomfört tio intervjuer med vårdgivare och lagt tid på att analysera data och dra slutsatser. En studie av detta slag hade dock kunnat bli mycket större, och det kan hävdas att vi har för lite data för att kunna göra några större anspråk på generaliserbarhet av resultaten. Vi har inte intervjuat någon läkare eller övrig personal som kan utgöra del av vårdkedjan, till exempel en biståndshandläggare på kommunen. Vi vill hävda att resultaten fortfarande är relevanta då mönster och teman har återkommit, särskilt i förhållande till övrig forskning, där samverkan utretts och liknande

resultat konstaterats, bland annat i *Sven eller Pengarna* där författaren redogör för framgångsrik samverkan genom regelbundna möten över huvudmannagränserna.¹⁸ Ett annat exempel från *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor* pekar på problematik relaterad till gränsdragningsfrågor och oklarheter över ansvarsförhållanden mellan geriatrikens vårdinstanser.¹⁹ Vårt bidrag är att vi använder två teorier, varav den ena ännu inte introducerats i någon större utsträckning i Sverige (men väl i USA samt hos grannlandet Danmark) och den andra är mer vedertagen. Teorierna används till att analysera vad som underlättar respektive försvårar samverkan.

18 Kalle Kraus, *Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården* ss. 48-53

19 Bowin et al., s. 53

3. Teoretisk referensram

3.1 Samverkan i vården

För att få en överblick över vad som skrivits om samverkan, gjordes en LIBRIS-sökning på all litteratur som utgivits med sökorden ”samverkan + vård”. Sökorden valdes ut för att ge en bild av vad som skrivits om samverkan inom vården i Sverige de senaste decennierna, då svensk vård är studiens fokus. Sökningen returnerade runt 300 träffar, vilket inkluderade ett stort antal verk som visade sig inte vara relevanta för vår studie - daterade psykiatriutredningar samt för specifika eller smala verk. Vi identifierade trettioalet böcker och rapporter som kunde vara relevanta för uppsatsen, då de handlade om samverkan i vården i stort, eller specifikt om psykiatri eller geriatrik. Dessa innefattade ett flertal SPRI-rapporter.

Av de cirka 30 visade sig ett lägre antal innehålla material som var direkt applicerbart på studien, och av dessa har fyra verk inkluderats i det teoretiska ramverket. Till detta kommer ett tiotal artiklar och rapporter om samverkan, som uppsatsförfattarna blivit rekommenderade att läsa av handledare, eller läst för att andra artiklar eller rapporter refererar till dem. Dessa har bidragit till ämnesförståelsen, exempelvis artiklarna ”A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010”²⁰ samt ”Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups”²¹.

De två huvudsakliga teorierna som vi valt att använda för att utreda samverkan är Lean och Relationell koordination, teorier som hämtats ur den internationella litteraturen, men som ändå är relevanta för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Lean är en teori som fått alltmer genomslag i svensk vård de senaste åren och därför torde vara en intressant infallsvinkel på samverkan. Teorin har blivit föremål för ihärdiga studier och utredningar, till exempel har universitetssjukhuset i Skåne gjort en egen studie över vad Lean är och hur det kan tillämpas.²² Även LHC har publicerat en rapport som heter *Lean i vården – en översikt över dagsläget i Sverige*²³, som beskriver utbredningen av Lean i svensk vård fram till 2011. Värt att notera i sammanhanget är att inte alla vårdutövare är övertygade om Leans lämplighet för

20 Bengt Åhgren & Runo Axelsson, ”A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010”, Göteborg 2011

21 Jody Hoffer Gittel ”Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups – Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects”, i Management Science vol. 48, Massachusetts 2002

22 *Lean Healthcare - räddningen för sjukvården?* Lund 2007

23 Jon Rognes och Anna Svarts *Lean i vården – en översikt över dagsläget i Sverige*, Stockholm 2011

vården, men det går dock inte att bortse från dess utbredning. I uppsatsen berörs inte implementering av Lean, vilket säkerligen är en relevant faktor för tillämpbarheten och effektiviteten av teorin.

Relationell koordination är en teori som valts ut för att den handlar om relationer, något som betonats inte bara under intervjuerna utan även i den tidigare forskningen. Då vi tittade närmare på SPRI-rapporten från 1999 fann vi en modell kallad Samverkans hexagon, som beskriver de förutsättningar som behöver vara uppfyllda för ett framgångsrikt samverkansarbete. Förutsättningarna är bland andra att identifiera mål och målgrupp för samverkan, identifiera alla parter värderingar och synsätt, samt utreda samspel och relationer hos individer i gruppen som ska samverka.²⁴ Hexagonens fokus på relationer, tillsammans med empirin och den tidigare forskningen, ledde oss att söka efter teorier som betonar relationers vikt för organisering och koordinering. Relationell koordination framstod då som ett lämpligt kompletterande ramverk för att undersöka samverkan. I uppsatsens senare delar analyseras empirin utifrån både Lean och Relationell koordination, för att se om någon av dem kan ge djupare insikt i eller förklara samverkans problematik och framgångsfaktorer.

Lean

I korthet är Lean en teori som fötts ur Toyotas metod för industriell tillverkning. Lean spreds till en bredare publik bland annat genom boken *This is Lean*²⁵, författad av Niklas Modig och Pär Åhlström. Lean implementerades först i industrin och har sedermera kommit att användas inom sjukvården, bland annat på akutmottagningen på Danderyds sjukhus, för höftfrakturpatienter på Kalmar länssjukhus och för ventrombospatienter på Falu lasarett.²⁶ Inom Lean är processer, det vill säga en serie aktiviteter där något blir producerat, det centrala. Att göra något Lean innebär att ändra fokus från det som kallas resurseffektivitet, det vill säga då processens fokus ligger på producenten, till flödeseffektivitet, då fokus istället ska ligga på det som produceras.²⁷

I ett vårdssammanhang kan ett exempel på flödeseffektivitet vara att man går från att skicka patienten mellan olika diagnosticerande och behandlande instanser, till att samla dem på ett ställe, i syfte att underlätta för patienten. Detta kallas ibland patientfokuserad vård, fastän

²⁴ Att samverka kring psykiatireformens klienter, ss. 24-30

²⁵ Niklas Modig och Pär Åhlström *This is Lean – Resolving the efficiency paradox*, Stockholm 2012

²⁶ Rognes & Svarts, s. 28, s. 31 samt s. 36

²⁷ Modig & Åhlström, bland annat ss. 13-14

patientfokus inom vården är en äldre idé.²⁸ Då Lean tillämpas inom vården är syftet ofta att förbättra effektiviteten i organisationen. Det kan vara brist på resurser, eller debatt om hur de ska användas samt hur de fördelas. Inom Lean är en annan viktig kärnfråga att undvika slöseri med resurserna, vilket man kan göra på olika sätt.²⁹ I denna uppsats fästs inte stor vikt vid de olika typerna av slöseri, utan snarare används begreppet slöseri med andemeningen att resurserna är begränsade, vilket gör effektiviteten i Lean eftersträvansvärd.

3.3 Relationell koordination

Relationell koordination (Relational Coordination) är en organiserings teori som inspirerats av en fallstudie gjord av Jody Hoffer Gittel på Southwest Airlines, ett amerikanskt flygbolag. Teorin går ut på att relationer mellan individer, istället för förutbestämda processer, utgör grunden för hur man arbetar tillsammans på ett effektivt sätt. För denna uppsats har Hoffer Gittells bok *High Performance Healthcare*³⁰ samt flertalet artiklar från författaren använts. Mer precist går Relationell koordination ut på att individer i organisationer kommunicerar och bygger relationer över ansvarsgränser och därmed uppnår förståelse för varandras arbetssituation. Detta leder enligt teorin till ett gemensamt ansvarstagande och förbättrad samverkan. Hoffer Gittel har identifierat sju punkter som är centrala för framgångsrik Relationell koordination³¹:

Relationerna bör präglas av:

1. Förståelse för såväl organisatoriska som individuella mål hos individer
2. Kunskapsdelning
3. Ömsesidig respekt för varandras kompetens och situation

Kommunikationen bör präglas av:

4. Täthet – utbyte av information ska ske med rätt frekvens och mängd. Inte för ofta eller mycket, så att det stör verksamheten, och inte för sällan eller lite, så att man tappar koordinationen helt
5. Läglighet – informationen ska komma när den behövs
6. Precision – informationen ska komma till rätt person eller instans

²⁸ *Patientfokuserad vård*, Socialstyrelsen – Hälso- och sjukvårdsrapport, Stockholm 2009, s. 77

²⁹ Modig & Åhlström, s. 69

³⁰ Jody Hoffer Gittel *High Performance Healthcare – Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, Massachusetts 2009

³¹ Hoffer Gittel *High Performance Healthcare* s. 18, samt i ”Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups...”, ss. 3-4

7. Lösningsorientering – inställningen till uppkomna problem bör vara att fokusera på lösningen och inte vem som eventuellt orsakat problemet från början

Till detta läggs ett element av utveckling på flera nivåer. Hoffer Gittell menar att Relationell koordination är bryggan mellan forskningen om koordinering *inom* organisationer, och koordinering *mellan* organisationer.³² Exempelvis kan en sjuksköterska på ett sjukhus samverka med en läkare (samverkan inom en organisation) och ett sjukhus kan ha samverkan med ett äldreboende (samverkan mellan organisationer). Det är när delar av ett sjukhus ska samverka med delar av ett äldreboende som graden av komplexitet ökar och Relationell koordination blir extra relevant, då dess utgångspunkt är individers relationer till varandra som bas för samverkan.

³² Jody Hoffer Gittell and Leigh Weiss *Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework*, i Journal of Management Studies, Massachusetts 2004, eg. hela artikeln, men specifikt s. 5

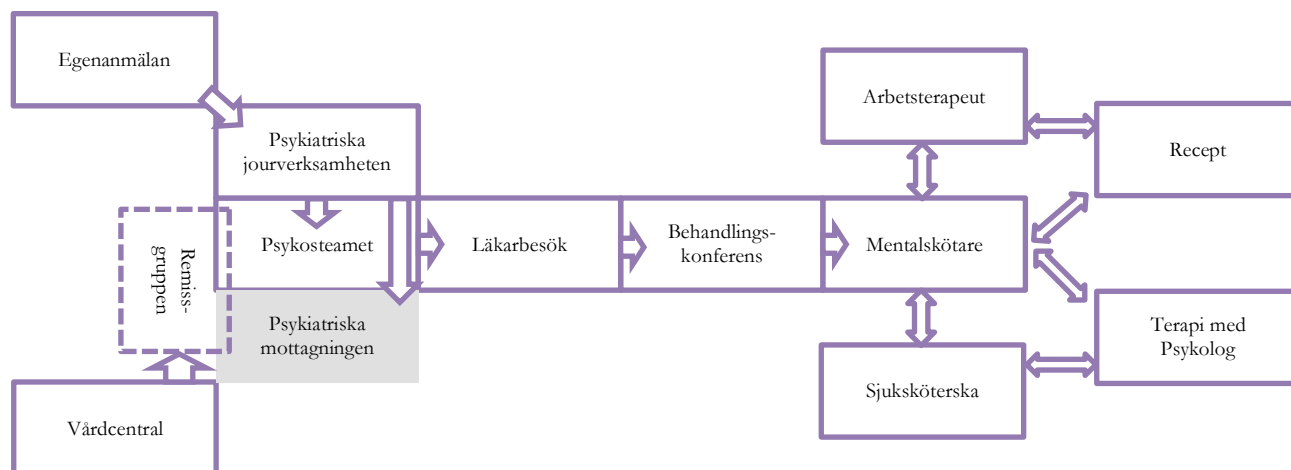
4. Empiri

4.1 Empirisk bakgrund

4.1.1 Katrineholm

På Kullbergska sjukhuset i Katrineholm finns en psykiatrisk mottagning med flera olika team. Patienten kommer till mottagningen antingen via remiss från vårdcentral alternativt genom egenanmälan via telefon eller besök. Kommer patienten via vårdcentralen, bedömer en remissgrupp vårdbehovet hos patienten och skickar vidare, antingen till psykoteamet eller psykiatriska mottagningen, beroende på sjukdomsbild. En psykopatient har ofta ett mer akut vårdbehov än psykiatripatienter i allmänhet. Gör patienten en egenanmälan, kopplas jourteamet in och de gör en bedömning liknande remissgruppens.

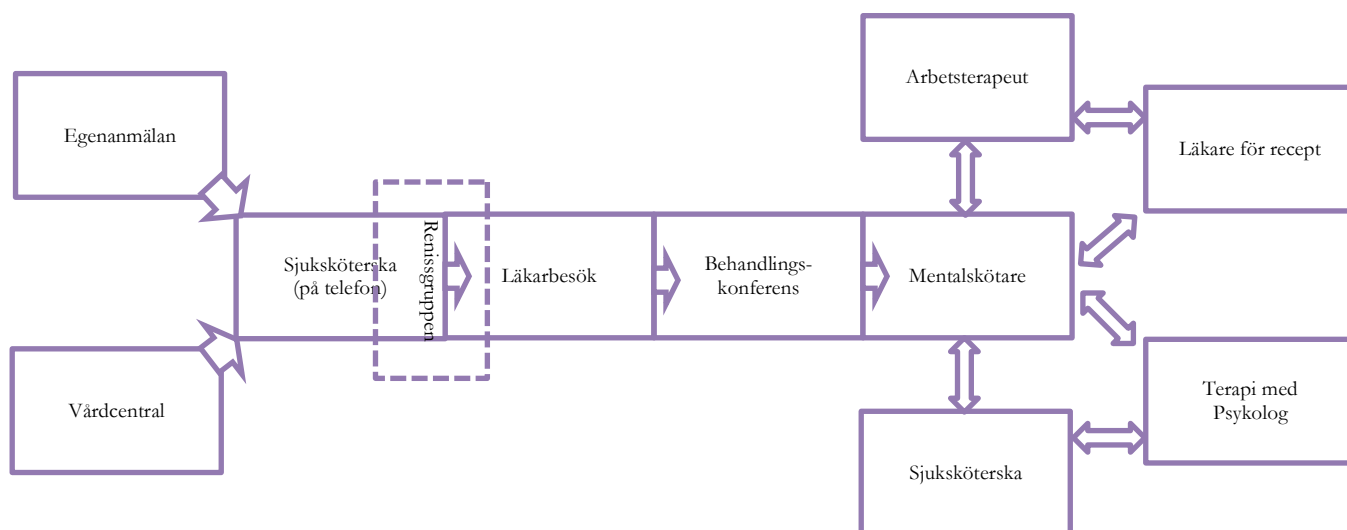
Den för studien utvalda enheten är psykoteamet, då de har särskilt samverkanstunga patienter. Först träffar patienten en läkare, som sätter diagnos. Sedan konfererar läkaren med mentalskötare, arbetsterapeut och sjuksköterska om lämplig behandling. En vårdplan definieras och någon deltagare på behandlingskonferensen utses som speciellt ansvarig för patienten. Den ansvariga är sedan spindeln i nätet för patientens vård och kan, utöver samtal med mentalskötare eller sjuksköterska, ordinera terapi med psykolog eller ett recept från läkare. Ofta kombineras detta med hjälpmedel från arbetsterapeut, som gör en bedömning av patientens förmåga att klara av vardagen. Psykoteamet kan även göra hembesök. Vid behov av slutenvård läggs patienter in i Nyköping, då man tillhör samma klinik. Även i Eskilstuna finns slutenvård, men från Katrineholm skickas patienter endast dit om det är fullt i Nyköping.



Figur 2. Schematisk beskrivning av patientsflödet inom psykiatrin vid landstingsdrivna Kullbergska sjukhuset i Katrineholm

4.1.2 Flen

På psykiatriska mottagningen i Flen tar man liksom på Kullbergsska emot patienter via remiss från vårdcentral eller egenanmälan. De anmäls till en sjuksköterska under den dagliga telefontiden. Ibland händer det att patienter vandrar in på mottagningen, men det är mindre vanligt. Sjuksköterskan bokar in ett besök med läkare, om sådan finns att tillgå. Man har haft svårt att få tag på läkare till mottagningen, vilket har lett till att det första besöket ibland tas om hand av en mentalskötare istället. Därefter följer en behandlingskonferens, under vilken arbetsterapeuter och sjuksköterskor också deltar. Följderna av behandlingskonferensen blir att någon tar särskilt ansvar för patienten och börjar koordinera vårdplanen, som bestäms under konferensen. Behandlingen omfattar typiskt sett samtal med mentalskötare eller sjuksköterska, konsultation med arbetsterapeut samt eventuellt terapi med psykolog och/eller ordinerings av medicin från läkare. Om patienterna behöver slutenvård, läggs de in i Nyköping.

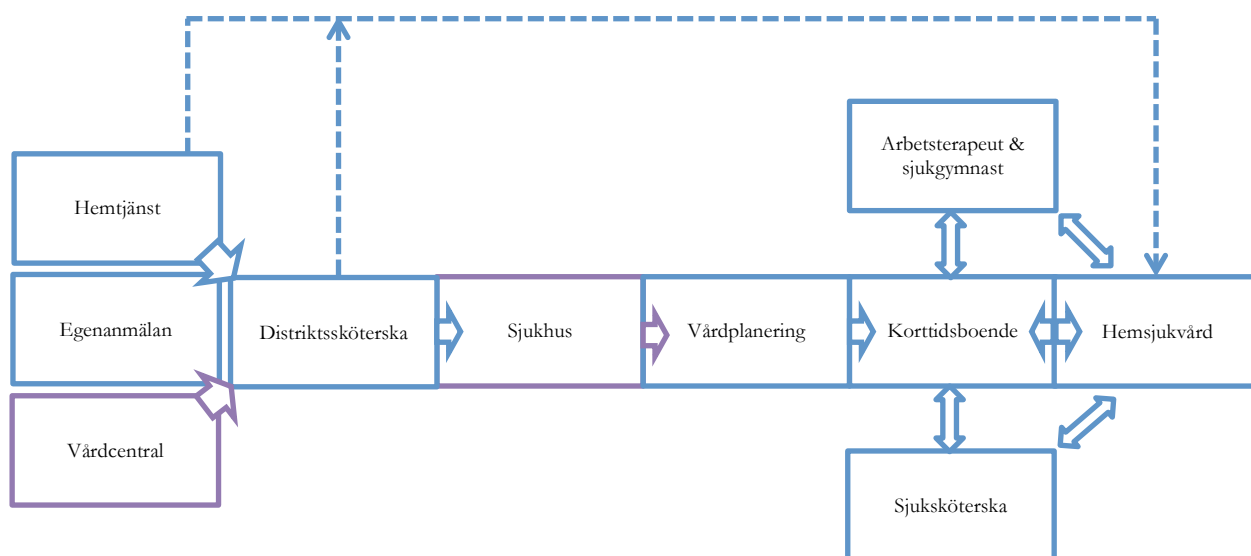


Figur 3. Schematisk beskrivning av patientflödet inom psykiatrin vid landstingsdrivna psykiatriska mottagningen i Flen.

4.1.3 Vingåker

För äldre Vingåker som behöver vård, finns olika sätt att komma i kontakt med rätt instans. Antingen kan patienten besöka eller kontakta vårdcentralen. Om inte patienten kan ta sig hemifrån, kontaktas distriktssköterskan. Till distriktssköterskan kan man även komma i kontakt med via hemtjänst eller egenanmälan. Beroende på hur kritiskt läget är för patienten, kan distriktssköterskan skicka den vidare till sjukhus, exempelvis vid misstänkt lunginflammation. Större operationer och behandlingar sker främst på Kullbergsska sjukhuset eller Mälarsjukhuset i Eskilstuna. På Kullbergsska sjukhuset gör man dock bara planerade operationer.

För de som är bosatta i Vingåkers kommun, finns eftervårdsmöjligheter på korttidsboendet, som är inhytt vid äldreboendet i Vingåker. Korttidsboendet är en slags sluss mellan sjukhus och det egna hemmet för de som direkt efter behandling har svårt att klara sig på egen hand. Korttidsboendet kan även verka som avlastning för individer som ibland behöver extra insatser. På korttidsboendet sköter arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor rehabiliteringen patienterna. Det kan handla om att lära sig gå efter en höftoperation eller få tid att återhämta sig efter ett ingrepp under övervakning. Förhoppningen är sedan att patienten är tillräckligt frisk för att flytta hem igen, möjligtvis med hjälp av hemsjukvård och hemtjänst.



Figur 4. Schematisk beskrivning av patientflödet vid korttidsboendet inom äldreomsorgen i Vingåkers kommun. Lila färg är landstingsdrivna enheter, blå färg markerar kommunal verksamhet.

4.2 Intervjuresultat

I denna del av uppsatsen redogörs för empirin som samlats in under intervjuförfarandet. Intrycken är sorterade under respektive ort. I tillägg till frågorna som redovisats under metodavsnittet, fick intervjuobjekten även redogöra för sina tidigare erfarenheter samt nuvarande arbetsuppgifter.

4.2.1 Katrineholm

I Katrineholm intervjuades en arbetsterapeut, en mentalskötare samt en sjuksköterska som jobbar i psykosteamet.

Samtal med Arbetsterapeuten

Samverkan kring en psykopatient är komplicerad. Landstinget har det medicinska ansvaret för patienten och kommunen har, via socialtjänsten, ansvar för boende och sysselsättning. Även försäkringskassan och arbetsförmedlingen blir inkopplade om man är långvarigt sjuk. Ansvarsuppdelningen är inte alltid självklar, vilket samtliga intervjuobjekt påpekade. Som vårdgivare tar man lätt på sig en koordinerande roll och därmed ibland uppgifter som inte alltid ingår i arbetsbeskrivningen. Arbetsterapeuten ger som exempel att hen ofta tar kontakt med biståndsbud på patientens vägnar, vilket egentligen inte ingår i hens arbetsuppgifter. Eller så gör de det, hen är inte säker: "jag kan inte svara ja eller nej på den frågan".

Arbetsterapeuten efterfrågar en tydligare struktur, men är inte säker på att en sådan går att åstadkomma. I nuläget kan det alltså bli arbetsterapeuten som håller i kontakten med de ovan nämnda parterna.

I samverkan med kommunen har arbetsterapeuten lite olika erfarenheter. På Kullbergska är man exponerad mot flera olika kommuner och samarbetet varierar. Dels erbjuder de olika kommunerna olika mycket hjälp för patienten, dels är kontakten mer eller mindre god. Med arbetsterapeutens egna ord:

"Vissa drar man sig för att ringa, för man måste liksom hävda sig, ta i lite, för att få något".

Man har nätverksmöten då man träffar exempelvis biståndshandläggare på kommunen och andra enheter inom vården, och det är viktigt för att samarbetet ska fungera. Arbetsterapeuten tycker det är lättare att samverka då man träffat den man ringer till och ber om hjälp åt en patient.

Samtal med Sjuksköterskan

Sjuksköterskan berättar att man i Katrineholm har ett konstant utbyte av patienter med Nyköping och att detta måste koordineras. Hen ser potentiella förbättringsområden i samarbetet med Nyköping. Man har möten mellan de två enheterna, men de sker inte tillräckligt regelbundet. Sjuksköterskan tycker att dessa möten är givande, för de leder till ömsesidig förståelse för hur man jobbar på respektive ort, vilket kan skilja sig åt:

"Det är ett annat tempo i Nyköping. Där har de dygnetruntverksamhet, vi har läkare från 8-17, sen går vår doktor hem. I Nyköping kan du gå och knacka på dörren och få hjälp, här skall möten bokas in, vi har fasta klockslag."

Ett annat problemområde är Nyköping och Katrineholms olika sätt att journalföra. Historiskt så var de två orterna olika kliniker, som själva fick bestämma vilken metod för journalföring som skulle användas. När man sedan slogs ihop uppstod friktion då man hade olika dokumentationssätt. Sjuksköterskan beskriver att det kan uppstå problem då man inte hittar i varandras anteckningar:

"Man går in på fel ställe och tänker det är inte gjort, så blir det mycket dubbeljobb. Så man måste lära sig de andras metod att fylla i journalen."

Något som underlättar är de relativt nya videokonferenserna, som man har tillsammans med Nyköping varje fredag. Det underlättar att inte behöva åka de sex milen mellan Nyköping och Katrineholm, för att ha möte. Planen är att i framtiden utnyttja den nya tekniken ännu mer och även inkludera patienterna, exempelvis genom att en sjuksköterska på hembesök kan koppla in läkaren på sjukhuset via surfplatta.

Samarbetet mellan kommun och landsting är mycket bättre nu än det har varit tidigare, anser sjuksköterskan. *"Man har hittat kanaler och arbetsätt, det är lätt att få tag i aktörerna."* Man har till exempel gjort upp med kommunen om att biståndshandläggaren besöker sjukhuset på tisdagar. Detta har förenklats samverkan, tidigare åkte handläggare och vårdpersonal om varandra när man skulle besöka patienter. För att råda bot på detta, satte sig enhetscheferna ned för att hitta en lösning. Det fasta handläggARBESÖKET är en av rutinerna som utarbetades.

Samtal med Mentalskötaren

Mentalskötaren berättar att det kring vårdtunga patienter behövs mycket samverkan. Psykiatrin ber i vissa fall patienten att skriva under ett tillstånd som innebär att psykiatripersonalen får kontakta socialtjänsten och försäkringskassan för patientens räkning, kallad TRIS – tidig rehabilitering i samverkan.³³ Detta förekommer särskilt ofta med psykospatienter. Syftet med TRIS är att de olika huvudmännen ska samarbeta i vårdprocessen för att underlätta patientens situation.

Mentalskötaren är en av de personer som deltar i TRIS-arbetet. Hen tar sig an patienten, koordinerar vården och kontakterna med andra huvudmän. Dock uppstår ibland ansvarsproblematik. Ett exempel är då hen tar sig an en deprimerad alkoholist. Då gäller det att utreda om det är en depression orsakad av alkohol, eller ett alkoholmissbruk orsakat av depression. Missbruksrehabilitering är kommunens ansvar, depressionsbehandling landstingets.

"Hur löser man ansvarsfrågan? Vem äger ärendet, är det kommunen eller landstinget? Vad är hönan och vad är ägget?"

³³ Tidig rehabilitering i samverkan. <http://www.trissormland.se/Om-TRIS/>

Om man inte kommer överens med kommunen om vems ansvar det faktiskt är, kan det hända att man delar på ansvaret och kostnaden för patientens behandling. Mentalskötaren anser att kommunen kan vara lite rigid i vissa ärenden men i allmänhet fungerar samarbetet med kommunen bra. Katrineholm är en liten ort, hen tycker att alla känner alla och att det är ganska prestigelöst, man kan prata med varandra över kommun- och landstingsgränser och lär känna biståndshandläggare med flera, efter en tid. Mentalskötaren poängterar dock att det inte blir någon svågerpolitik. Alla har samma mål, att hjälpa patienten på bästa sätt.

4.2.2. Flen

I Flen intervjuades en sjuksköterska, en mentalskötare samt en arbetsterapeut.

Samtal med Sjuksköterska

På mottagningen har man sedan flera år tillbaka inte haft en fast anställd läkare. Istället har man haft hyrläkare, som har varit där två eller tre dagar i veckan. Detta enligt sjuksköterskan lett till att personalen blivit väldigt bra på att själva bedöma patientens behov då den kommer till mottagningen. De behöver dock fortfarande ett läkarutlåtande för att få vidare vård. Mottagningen har löst detta genom att ringa till Kullbergska och konferera med läkarna där. De skulle dock gärna vilja ha en fast anställd läkare på mottagningen som är där fem dagar i veckan. Sjuksköterskan säger att:

"En av läkarens uppgifter är ju faktiskt att föra processen framåt. Och det är svårt att göra det utan den professionen. Det fastnar [...] det är ju inte bara mediciner, det är också en hjälp, men vid sidan av medicinerna är det mycket annat som de kan."

Varför de inte får en fast anställd läkare är för mottagningens personal oklart. Men de tror att det har med ekonomi att göra. Överlag är det svårt att ha dialog med chefen, anser sjuksköterskan. Hen finns i Nyköping och det är långt bort, vilket resulterar i lång tid mellan besöken.

Det geografiska avståndet till lasarettet i Nyköping där ledningen sitter, har några olika effekter på mottagningen i Flen. Den rent fysiska effekten är att man sällar träffar chefen eller övriga kollegor i Nyköping, vilket leder till att kommunikationen ibland är knapphändig. Det

leder också till en känsla av isolering. Man känner sig enligt sjuksköterskan som *"den fattiga kusinen från landet"*.

Med kommunen är samarbetet bra. I Flen är det nära mellan kommunbyggnaden och psykiatriska mottagningen, så ibland tar sjuksköterskan helt enkelt med sig sin patient till kommunhuset tvärs över gatan, för att lösa någon samverkansrelaterad fråga. Utöver närheten har kommun och landsting tillsammans satt upp rutiner för hur man jobbar tillsammans. Ett exempel är att kommunens biståndshandläggare kommer till psykiatriska mottagningen en gång var fjortonde dag och sitter där och jobbar. Då bereds tillfälle för mottagningens personal att ställa sina bistandsrelaterade frågor direkt till handläggaren. Dessutom är Flen en så liten ort att man rätt snabbt lär sig vem som gör vad, både på kommunen och på mottagningen. Det underlättar samverkan, anser sjuksköterskan.

Samtal med Mentalskötare

Utbytet av patienter mellan Nyköping, Eskilstuna och Flen kräver en del koordinering och journalen är en viktig del av den. Mentalskötaren upplever dock att hens anteckningar i journalen förmodligen inte läses av läkare i Nyköping. Hen har en tes om att läkare främst läser andra läkares anteckningar, vilket är beklagligt då man i Flen periodvis har saknat läkare på mottagningen. Det gör övrig personals anteckningar desto viktigare, något man i Nyköping inte alltid inser, menar mentalskötaren.

Om samverkan mellan Flen och Nyköping är svår, är kommunsamarbetet desto bättre, anser mentalskötaren. Hen tar upp TRIS-möten som en viktig rutin inte bara för patienternas vårdplanering, men också för att träffa personalen på kommunen. Hen menar att när de sociala aktiviteterna som mottagningen och kommunen höll för patienterna har försvunnit, blir de regelbundna mötena desto viktigare. Att Flen är litet spelar också roll för samverkan. Som hen uttrycker det:

"Det som underlättar här är närheten, det är så lätt att få tag på folk."

Samtal med Arbetsterapeut

För arbetsterapeuten i Flen innebär samverkan att ibland göra saker utanför sitt ansvarsområde. Hen betonar att för att kunna samverka, måste man få mer eller mindre fria händer av chefen. Det handlar inte om att göra extraordinära insatser, utan snarare att få

chans att utveckla goda relationer, exempelvis med kommunen, som är en ofta förekommande arbetspartner.

Ett exempel på god samverkan var då landstinget, med arbetsterapeuten i spetsen, anordnade sociala aktiviteter för patienter, dit också kommunpersonalen var inbjudna. Man åkte bland annat på paddeltur med övernattning, gick på hockey eller såg en film tillsammans. Projektet blev väldokumenterat och arbetsterapeuten blev bjuden till andra landsting för att berätta om de goda resultat man nått. Som hen själv beskriver det, var insatsen extra uppskattad av patienterna:

”På väg hem i bussen från hockeyn är patienterna mer eller mindre röstpåverkade, håller om varandra och säger vi är bara lite trötta, de [rösterna] går över! och de följer ändå med gången efter, för det är värt det. Det är ju behandling om man vill se det, men det gör inte cheferna.”

Initiativet togs nyligen bort, med motiveringen att det inte är landstingets ansvar att tillhandahålla denna typ av aktiviteter. Enligt ledningen var det inte att betrakta som vård. Arbetsterapeuten håller inte med utan menar istället att aktiviteterna var en typ av behandling, som gjorde patienterna gott. Hen förstår dock att landstinget måste hushålla med resurserna, men påpekar att man troligtvis lägger mer pengar på kaffebröd än vad man gjorde på de sociala aktiviteterna. Något arbetsterapeuten upplevde som stötande var att chefen inte konsulterade någon som deltagit i projektet innan det lades ned. Hen anser att chefen borde ha frågat.

4.2.3 Vingåker

I Vingåker intervjuades en arbetsterapeut, en sjuksköterska samt en distriktssköterska.

Samtal med Arbetsterapeut

Mellan kommun och landsting finns ett system som ska underlätta överlämningen av patienter dem emellan. Det heter Prator och administreras främst av sjuksköterskorna på sjukhusen, och hos kommunen administreras den av en bredare personalskara. Där ingår sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Prator används som ett sätt att dokumentera patienters behandling och skicka meddelanden mellan användarna. Arbetsterapeuten på korttidsboendet i Vingåker anser att Prator fungerar sådär – hen anser att det sker för lite överrapportering från kollegorna på sjukhuset. Exempelvis nämner hen

att på neurologiavdelningen på sjukhuset använder sig sjukgymnasterna av avancerade rehabiliteringsmetoder, som man i Vingåker inte känner till så väl. Arbetsterapeuten skulle vilja ha mer kontakt med neurologiavdelningen, för att kunna samarbeta mer effektivt kring patienterna.

Gällande samverkan, upplever arbetsterapeuten att den blir bättre och enklare om alla *"sitter under samma tak"*. Exempelvis anser hen att man i Vingåker har en bra, tydlig eftervårdskedja – man kan vårda patienter i såväl hemmiljö som på korttidsboendet, vilket är en fördel för patienten. Detta görs möjligt av att man snabbt kan komma i kontakt med övrig personal som har med patienten att göra.

Då man måste samverka med vårdpersonal på sjukhuset, sker det främst genom vårdplaneringar. Ansvarig sköterska kallar till vårdplanering via Prator, men arbetsterapeuten har noterat att sjukhusets arbetsterapeuter och sjukgymnaster sällan kommer till dessa planeringar. Arbetsterapeuten tror att de inte läser all information som finns i Prator, och därmed inte vet att vårdplaneringen sker.

Samtal med Sjuksköterska

Sjuksköterskan berättar att på Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm görs enbart planerade, så kallade elektiva operationer. De akuta fallen får åka till Mälarsjukhuset i Eskilstuna, vilket är en bit att åka för boende i Vingåker. Det är inte optimalt för patienterna att behöva åka fram och tillbaka mellan de två orterna alltför ofta, tycker sjuksköterskan:

"Läkarna där vet helt enkelt inte hur långt bort Vingåker är och när de säger då får de väl komma hit igen då så är det en mycket större operation för våra patienter än de [läkarna] tror, det är små slingriga vägar"

Avståndet mellan orterna blir också ett problem då det är dags för vårdplanering. *"Våra vårdplanerare tycker att det är för långt att åka, det tar ju en halv dag med vårdplanering där [i Eskilstuna]"*. I framtiden ska de få surfplattor, vilket kommer att underlätta kontakten med övriga vårdgivare, tror sjuksköterskan. Sjuksköterskan tycker att Prator är ett bra system, men att hen ofta får jaga information som inte står i Prator, för att kunna göra sitt jobb. Det är i informationsöverlämnandet mellan kommun och landsting som det brister, anser sjuksköterskan.

Det goda samarbetet de har inom kommunen och med specialistsjukvård i hemmet (SSIH) beror på ”litenheten”, som hen uttrycker det. Sjuksköterskan tror att det i slutändan gynnar patienterna och personalen att ha att göra med färre personer. Hen nämner också att patienterna kan bli oroliga då de måste åka till Eskilstuna och inte vet vem de ska träffa där. På korttidsboendet vet patienterna vilka som jobbar och hur det fungerar. Sjuksköterskan anser också att personalen måste vara öppen och flexibel, för sådan är kulturen på korttidsboendet. Då det inte har fungerat så bra med personal, har det varit för att den inte anpassat sig till det rådande arbetssättet.

Tillsammans med SSIH har korttidsboendet dessutom regelbundna möten kring patienter, som kompletteras av telefonkontakt vid behov av ytterligare koordinering. Exempelvis så händer det att sjuksköterskan under sin jour kontaktas av polisen, som identifierat att en dement person irrar runt på orten och behöver tas om hand. Varken vården eller polisen har ett tydligt ansvar för att lösa situationen, då personen varken är akut sjuk eller har gjort något som kräver insatser av polisär art. Hen berättar att egentligen ska biståndshandläggaren på kommunen kopplas in för att bedöma hur ärendet ska tas vidare, men i Vingåker har man gjort en tyst överenskommelse om att man på korttidsboendet kan ta hand om denna typ av patienter direkt, om det behövs.

Samtal med Distriktssköterska

Distriktssköterskan har jobbat för både landstinget och kommunen och vet att det finns skillnader i arbetssätt mellan de båda huvudmännen. Hen förklarar:

”Ja jobbar man på landstinget så skäller man på kommunen när patienten kommer in, och jobbar man inom kommunen så inser man att det inte är så himla lätt... patienterna kommer in [på sjukhus] och är förstoppade och de tycker man borde sett det, men det är inte så himla lätt, vi är inte alltid med alla när de är på toa... I landstingsvärlden har du alltid nån att luta dig mot, här är du ganska ensam i att göra dina bedömningar”

Korttidsboendets förhållande till vårdcentralen blir ibland komplicerat. Tidigare satt distriktssköterskan tillsammans med läkarna på vårdcentralen och hade tillgång till deras journalsystem. Det har distriktssköterskan inte längre, då den tjänsten numera finns i kommunen. Dock hade hens jobb blivit enklare om tillgång fanns – i dagsläget behöver

distriktssköterskan ringa till en sköterska på vårdcentralen, för att få informationen som behövs för att vårda vissa patienter:

”Ju flera kockar, ju sämre soppa. Sitter man och får förstahandsinformationen, är ju [det] bättre än att man får andrahandsinformationen.”

Distriktssköterskan hade tyckt att det varit bättre om hemsjukvården och sjukhusvården hade samma huvudman. De olika arbetssätten och sekretesskydden försvårar samverkan.

4.2.4 Samtal med en chef inom psykiatri

I samtalen med de anställda inom psykiatri i Flen och Katrineholm, framkom viss problematik relaterad till ledningen. Därför blev det relevant att prata med en ledningsrepresentant, för att komplettera bilden av hur samverkan fungerar från dennes perspektiv.

På chefsnivå inom landstinget ingår ett koordineringsansvar med kommunerna. Tanken är att samverkan ska göras enklare och därför ses man regelbundet inom olika styrgrupper, för att bekanta sig med varandras verksamheter, visioner, arbetssätt och så vidare. Ett problem som en chef inom psykiatri upplever är dock att de politiskt tillsatta tjänstemännen frekvent byts ut, vilket leder till att det är svårt att bygga upp bra relationer över en längre tid. Om man inte får tid eller chans att bygga upp dessa relationer, äventyrar det patientsäkerheten:

”Ett sätt att mitigera det är att bygga verksamhet som brygger över hinder i kommunen, alltså göra delar av deras jobb, men det är också farligt för då är risken att det förväntas sen att man gör det”

Även om personalomsättningen på kommunen kan göra det svårt att upprätthålla goda relationer till vårdgrannen, kan det också bli för mycket relationsbyggande:

”Det som är det svåraste med hälso-och sjukvård är ju att hantera det administrativa nedfallet, alltså vi blir bombarderade dagarna i ända med välvilja, propåer om allt möjligt, projektgång inom landstinget och organisationer hit och dit, men det som hamnar på mitt bord det blir att prioritera barn som far illa till misshandlade kvinnor, och vilket är viktigast?... det dras i oss att vi skall sitta i styrgrupper, och vi har alla fullt upp och det är svårt att säga nej men samtidigt är det problematiskt att hinna med. Så man måste samla alla att ro i taket och säga nu löser vi det här, och sen tar vi det där, det är den största utmaningen”.

Det är alltså svårt att upprätthålla relationerna till många olika aktörer, och chefen måste prioritera mellan vilka projekt hen kan delta i. Förutom patientansvar och koordineringsansvar, berättat chefen om sitt budget- och personalansvar samt en pågående omstrukturering hen har på sitt bord. Målet med omstruktureringen är att psykiatrin ska bli mer processbaserad och att de lokala så kallade stuprörsorganisationerna som hen ansvarar för i landstinget, ska bli mer flexibla. I den vård psykiatrin erbjuder, händer det ibland att patienter ”faller mellan stolarna” när två vårdprocesser inte hakar i varandra. Ett bra exempel som chefen tar upp är när en patient uppvisar symptom för både missbruk och depression. Då patienten måste vara ur sitt beroende för att få depressionsbehandling, är det väldigt viktigt att de två behandlingarna ligger i nära tidslig anslutning till varandra. Då vårdenheter har en bristande samverkan, kan patienten få vänta på depressionsvård efter sin missbruksrehabilitering. Då föreligger stor risk för återfall.

Med en mer flexibel organisationsstruktur, tror chefen att man får en större möjlighet att ge bra vård. Hen berättar också att omstruktureringen lett till att de som inte vill jobba i den nya strukturen lämnat och att det inte behöver vara något negativt.

5. Analys

5.1 Tematisk analys av empirin

Vad hindrar samverkan inom vården?
Stora geografiska avstånd
Hög personalomsättning
Uppdelning i medicinskt och icke-medicinskt ansvar
Chefen sitter långt bort
Olika IT-system, användning och access
Stuprörstänkande

Vad underlättar samverkan inom vården?
Små geografiska avstånd
Etablerade goda relationer mellan vårdgrannar
Begränsad personalomsättning
Regelbundna möten mellan vårdgrannar och mellan huvudmän
Ny kommunikationsteknik

5.1.1 Förhindrande aspekter

Stora geografiska avstånd Det tar en halv arbetsdag att ta sig från Flen till Nyköping och tillbaka. Detta gör att Flenpersonalen inte kommunicerar eller träffar motsvarande kollegor i Nyköping särskilt ofta, utan kontakt tas när en av deras patienter måste läggas in på lasarettet. Det är oftast vid överlämningen av patienter som problemen uppstår då avståndet gör att Flenpersonalen inte alltid har möjlighet att följa patienten till Nyköping. Således är det lätt att missa detaljer kring patientens medicinska situation, exempelvis allergi eller beroende. Ett glapp i vårdprocessen uppstår och samverkan brister.

Hög personalomsättning Det är inte bara i kontakten med patienten som hög personalomsättning kan ha negativa effekter– även på ledningsnivå påverkas samverkansmöjligheterna. Chefen på Nyköpings lasarett beskrev hur samarbetet med kommunerna inte är helt problemfritt. Inom landstingspsykiatrien samarbetar man med sju kommuners olika instanser för vård och omsorg, vilket kräver en hög grad av samverkan. När man hittat goda samarbetsformer, kan de upphöra då en särskild politikers mandatperiod är slut, eller då en tjänsteman slutar, vilket försvårar det redan komplexa samarbetet.

Uppdelning i medicinskt och icke-medicinskt ansvar Kommunen har ansvar för omsorg och Landstinget för vård. Ibland uppkommer diskussion om vad som är vems ansvar, vilket beror på de ibland skiftande uppfattningarna om var gränsen för var vården upphör och

omsorgen tar vid. Är aktivitetskvällar för psykospatienter vård eller omsorg, till exempel? I Flen har man under många år framgångsrikt samarbetat med kommunen kring de långvariga psykospatienterna. De har exempelvis haft regelbundna tillfällen där personal från landsting och kommun tagit med sig patienter på olika aktiviteter så som hockey och kanotpaddling. Detta projekt togs senare bort ur budgeten för landstinget. Här spelar alltså definitionsproblematiken stor roll för utfallet – landstinget vill inte längre, och ska inte, betala för något de anser vara omsorg och inte vård. Således förhindras samverkan som byggts upp mellan kommun och landsting.

Chefen sitter långt bort Teamet i Flen känner sig som den ”fattiga kusinen från landet”. Mottagningen ligger långt från klinikens centrum i Nyköping och deras chef besöker dem sällan, vilket gör att kommunikationen inte alltid når fram. Ett bra exempel är problematiken kring hyrläkare i Flen – det behövs en läkare på mottagningen men en fast anställd sådan har inte funnits sedan flera år tillbaka. Personalen förstår inte varför man inte kan anställa de till synes villiga läkare som jobbar hos dem ibland chefen har goda skäl, men förklaringen har inte nått mottagningen. Den ena anledningen till detta är just att chefen sitter långt bort och inte kunnat ge beskedet personligen till de anställda. Hade beskedet nått dem under ett möte hade personalen haft tillfälle att ställa följdfrågor, som nu lämnats obesvarade. Den andra anledningen är att chefen redan ser Flen som en isolerad ”stuprörsorganisation”, där hens budskap inte når fram hur hen än formulerar det. Samverkan har med andra ord väsentligen försvårats av att chefen inte finns tillgänglig för Flenpersonalen, varken fysiskt eller psykiskt.

Olika IT-system, användning och access Inom Landstinget Sörmland används ett system för journalföring, Systemcross. Det skiljer sig dock mellan vårdgivarna hur man använder systemet – man har olika metod för att fylla i det. Det gör att det ibland är svårt för personal på olika sjukhus och kliniker att hitta varandras anteckningar. Exempelvis tog psykoteamet på Kullbergska upp dubbelarbetet som ibland förekommer hos dem och på Nyköpings lasarett. Då man har haft svårt att läsa av vilka tester som skett var, beställer man ofta extra tester, vars resultat redan finns journalförda.

Då sekretessen hindrar kommunerna från att kunna ha access till landstingets journaler, finns ett separat system som ska överbrygga bådas information, Prator. Tanken är att samtliga som behandlar en patient ska kunna inhämta information från systemet. Från Landstingets sida bär sjuksköterskorna ansvaret för att hålla informationen i Prator uppdaterad, vilket ibland

inte är optimalt för kommunens användare. En arbetsterapeut i Vingåker berättar att hen hellre skulle få information direkt från en annan arbetsterapeut på Landstingssidan, istället för att få en sjuksköterskas tolkning av samma information. Således försvåras samverkan kring patienters vidare vård på grund av bristande kommunikationsmöjligheter.

Stuprörstänkande Inom psykiatrin finns patienter som också har missbruksproblematik. För att kunna behandla den psykiatriska diagnosen, krävs ofta att patienten är fri från sitt missbruk. Om depressionsbehandlingen inte sätts in direkt efter missbruksbehandlingen, finns stor risk att patienten tar ett återfall. Det kräver alltså en insats från två olika enheter inom vården och de måste samverka för att den övergripande psykiatriska behandlingen ska lyckas. Så som en chef i Nyköping beskriver det, är det här patienter ibland ”faller mellan stolarna”. Hen anser att, för att komma åt problemet, måste mottagningarna sluta fungera som ”stuprör”, där ens ansvar upphör då man gjort sin specifika vårdinsats, och istället bli mer helhetstänkande kring sin egen och andra enheters roll i patientens behandling. Chefen menar att psykiatrin måste bli mer processbaserad för att lösa problematiken. Så som man är organiserade från början matchar inte alltid behoven hos patienterna.

5.1.2 Underlättande aspekter

Små geografiska avstånd Många vårdgivare har poängterat vikten av den mindre staden eller kommunen för samverkan. Exempelvis nämner en mentalskötare i mobila psykosteamet på Kullbergska hur det underlättar hens arbete att Katrineholm är litet och att man ”känner alla och kan prata med varandra”. Då hen har en patient som kräver boendestöd, är processen enkel. Hen vet vem på kommunen hen ska prata med och kan nå den personen utan större ansträngning. I Flen tar en sjuksköterska upp samma fenomen – att samverkan med andra instanser, till exempel kring en patient som behöver stöd från försäkringskassan, är enkel. Man tar med sig patienten och går över gatan till försäkringskassans kontor. Samverkan underlättas alltså av närheten som finns på en mindre ort.

Etablerade goda relationer mellan vårdgrannar På Vingåkers korttidsboende har man en god relation till SSIH (Specialistsjukvård i hemmet) vilket inte är en självklarhet eftersom SSIH tillhör Landstinget och korttidsboendet kommunen. Över tid har man etablerat en tradition av informationsutbyte över huvudmannagränserna. Den har uppstått ur ett ömsesidigt behov, då man har många gemensamma patienter. SSIH och korttidsboendet har

löpande möten under vilka man diskuterar aktuella fall som kräver en koordinerad insats. Det som följt av samarbetet är att man hjälps åt med arbetsuppgifter – arbetsterapeuterna kan till exempel dela upp behandlingen av en patient i en hjälpmedelsinsats samt en träningsinsats, varpå SSIH och korttidsboendet tar varsin bit. Samverkan är alltså direkt beroende av att enheterna etablerat och bibehållit goda relationer, trots skilda huvudmän.

Begränsad personalomsättning Många poängterar den låga personalomsättningen som en framgångsfaktor för vård. Till exempel i Vingåker, där en sjuksköterska tar upp hur stabiliteten i verksamheten har mindre att göra med strukturer, och mer att göra med att goda relationer och inarbetade rutiner. Då verksamheten är så stabil, kan man samverka i högre utsträckning än det som krävs. Om polisen ringer och har hittat en dement person som förrirat sig i staden, kan Vingåkerpersonalen temporärt lägga in patienten och hålla den säker. En sådan inläggning bör egentligen gå igenom en handläggare på kommunen, men i samverkans namn tar man på korttidsboendet hand om problemen som uppstår när de uppstår, istället för att invänta handläggarens telefontider. Frånsteg från de formella reglerna blir lättare att genomföra då inblandad personal – polis, handläggare och sjuksköterskor, litar på varandra. Tillit är svårare att skapa vid hög personalomsättning.

En viss personalomsättning kan ändå vara positiv, anser chefen i Nyköping. Då man omstrukturerar, till exempel, kan det hända att viss personal inte trivs med förändringen och i samband med det lämnar organisationen. Hen anser inte att det är en enbart negativ effekt – om man inte kan fungera i den nya strukturen, är det bättre att man hittar en annan struktur att verka i. Om förändringen är en samverkansreform kan alltså viss personalomsättning vara önskad, om det innebär att de som inte vill förändra sitt arbetssätt slutar. I sammanhanget kan alltså en liten, men inte obefintlig personalomsättning vara det eftersträvarvärda.

Regelbundna möten mellan vårdgrannar och mellan huvudmän På Kullbergsska sjukhuset berättade en arbetsterapeut hur samarbetet mellan kommunen och psykosteamet förenklades då man börja hålla regelbundna möten där alla vårdgrannar deltog. Att kunna diskutera fallen i en större grupp underlättade en koordinerad och verkningsfull insats för patienten. Dessutom underlättade det vårdgrannarnas schema – nu behövde man exempelvis inte längre ha separata möten mellan psykosteam och kommunen, kommunen och socialförvaltningen, socialförvaltningen och försäkringskassan.

Chefen i Nyköping har insett att goda relationer är avgörande för samverkan också på ledningsnivå, och vinnlägger sig därför om att aktivt delta i den gemensamma tjänstemannastyrgruppen, där de olika huvudmännen möts och koordineringstunga projekt och frågor drivs.

Ny kommunikationsteknik Inom såväl äldreården som psykiatri i Sörmland håller man på att testa hur ny teknik kan förenkla vårdutövandet. På Kullbergska håller man viss vårdplanering via videokonferens, och de mobila teamen använder sig av surfplattor för att kunna inkludera läkaren mer i hembesöken hos patienter. I Flen och Vingåker ska man under våren 2015 börja prova samma lösningar. Från Kullbergska är gensvaret genomgående gott och man är extra tacksam för att slippa åka in till Nyköping för vårdplanering. Lösningar som dessa underlättar kommunikationen mellan mottagningar och bidrar därmed till ökad samverkan.

5.2 Teoribaserad analys

De aspekter som underlättar respektive hindrar samverkan, som framkommit i den tematiska analysen, är i stort inte revolutionerande. I den tidigare forskningen kring samverkan inom vården har exempelvis vikten av goda relationer noterats.³⁴

Den intressanta frågan blir då: Varför kvarstår problemen? Om vårdutövare är medvetna om problematiken och forskningen likaså, varför möter vi fortfarande samma typ av utmaningar inom samverkan? Nya datasystem har implementerats, tekniken har förbättrats, alternativa organisationsformer för vården har utforskats och testats, huvudmän har fått förändrade ansvarsområden – men då man läser om samverkansproblematik på de senaste decennierna, handlar det i mångt och mycket om samma utmaningar som vi har idag.

5.2.1 Kan man lösa problemen med hjälp av Lean?

Lean har applicerats inom vissa delar av vården i Sverige, främst på akutmottagning, labb samt inom elektiv vård, exempelvis för höftoperationer. Även inom cancervården har Lean testats.³⁵ Bortsett från en potentiell varierande framgång i implementeringen, är Lean en teori som ännu inte fått full utbredning inom vården och därför skulle kunna bjuda på lösningar

34 Exempelvis i *Att samverka kring psykiatireformens klienter*, ss. 29-30 samt *Att vårda i Blindo*, s. 20

35 Rognes & Svarts, s. 33

för samverkansproblematiken. Därför är det värt att utforska huruvida aspekterna ovan kan avhjälpas respektive förstärkas med hjälp av Lean.

Inom Lean är det viktigt att de olika stegen i processen är väl sammanhängande. I detta ingår att förstå vilken information och resurser nästa instans behöver från den innevarande, och vice versa. Samverkan brister då det inte finns förståelse för vad vårdgrannarna behöver göra för att en patient ska få en sömlös behandling. Empirin visar att detta blir vanligare då det finns stora geografiska avstånd. Exempelvis verkar personalen i Flen inte ha tillräckligt informationsutbyte med kollegorna i Nyköping för att överlämnandet av en patient ska göras på ett optimalt sätt. Konsekvenserna är att patienter från Flen som är inlagda i Nyköping, kan ges en medicin som de inte tål, fastän informationen om vilka mediciner som ska undvikas finns hos personalen i Flen.

Om Lean skulle appliceras på denna vårdkedja, skulle ett större fokus sättas på att reda ut vad de olika instanserna behöver för information och resurser av varandra, för att vården ska bli mer patientfokuserad och flödeseffektiv. För att lösa problemet bör öppen- och slutenvården ha en närmre anslutning till varandra. Antingen har man hela verksamheten, dvs. både öppen- och slutenvård i Flen och Nyköping, eller så centraliserar man allt till Nyköping. Detta skulle antingen bli väldigt resurskrävande eller göra vården mer svårtillgänglig för patienten, som skulle behöva söka sig till Nyköping även för enklare behandling. Det första alternativet vore troligtvis alltför resurskrävande, det andra brister i värdeskapande för patienten. En lösning vore att minska det geografiska avståndets effekt genom att personalen tar sig tid att följa med patienten till annan ort om behovet finns, vilket i så fall skulle vara värt de extra timmarna som krävs.

Enligt samma princip om flödeseffektivitet, bör man ifrågasätta stuprörsorganisationerna. Att behandla patienter som behöver vård från flera vårdgivare, kräver att man har upprättat processer som fungerar mellan vårdgrannar. Vårdgivare som antar ett helhetsperspektiv för vårdprocessen och ser sig själva mer som en del i ett stort maskineri, torde ge bättre samverkan. Detta görs extra tydligt i exemplet om vård av missbruk och depression i kombination – om enheterna inte samverkar, är det svårt att genomföra den övergripande psykiatriska behandlingen. Även fast delbehandlingarna sker hos olika vårdgivare, kan de ses som en enda process med två delar. Om man inte ser dem så, riskerar man att behandlingen får minskad eller ingen effekt.

Lean handlar till stor del om att undvika resursslöseri³⁶, vilket i vårdsammanhang implicerar att undersöka vad man lägger mest tid på och utvärdera nyttan det ger. I empirin finns flera exempel på IT-system som fungerar suboptimalt. Tillämpar man Lean, bör man undersöka IT-systemens funktionalitet i vårdprocessen. Det finns ett behov av dokumentation, men sekretess, inkonsekvent ifyllande av journaler samt olika rapporteringssystem, gör att informationen ibland är svår att hitta. Till detta kommer ett upplevt element av selektiv läsning, från en mentalskötare i Flen som upplever att hens journalanteckningar inte läses då de inte kommer från en läkare. Dessa diskrepanser kan ur ett Leanperspektiv anses vara resursslöseri. Att behöva göra om tester då man från journalen inte kan utröna om de skett tidigare, är ett talande exempel. En annan misshushållning med resurserna är de olika sätten att journalföra, vilket leder till att mer kommunikation krävs mellan vårdgrannarna för att förstå varandras anteckningar. Om man vill införa Lean, bör man anpassa journalföringssätten så att man gör likadant som dem man samverkar med.

5.2.2 Kan framgångar förklaras med hjälp av Lean?

Fastän Lean inte är implementerat i vården i Sörmland, återfinns dock processer som kan anses likna Lean, med andra ord patientfokuserade eller flödeseffektiva. För att minska beläggningen på akuten, samt vara extra tillgänglig för immobile patienter, har landstinget etablerat SSIH. Genom en övergång från resurseffektivitet där patienterna måste ta sig till läkaren (resursen) på sjukhuset, till flödeseffektivitet där patienten står i fokus för hur flödet ska upprättas, har landstinget inte bara förbättrat upplevelsen för patienten, utan också sparat på akutmottagningens resurser.

Inom psykiatrien på Kullbergsska sjukhuset har man implementerat vissa processer som liknar tillvägagångssättet i Lean, som till exempel att ta med sig surfplattor ut till psykospatienterna för att genomföra vårdplanering i hemmet. Likt SSIH har man alltså förbättrat flödeseffektiviteten genom att inte behöva ta med sig patienten till sjukhuset för den typen av samtal.

36 Modig & Åhlström, s. 69

5.2.3 Kan framgångar förklaras med hjälp av Relationell Koordination?

Relationell koordination har inte formellt testats i det svenska hälso – och sjukvårdssystemet, men såväl i empirin som i den tidigare forskningen visar det sig att relationer är en central del av en välfungerande samverkan. I de identifierade underlättande aspekterna för samverkan finns en röd tråd. Kommunikationen sker i stort sett i enlighet med Hoffer Gittells kriterier³⁷. Den är tät, läglig, precis och lösningsorienterad. I Vingåker har man etablerat en god relation över huvudmannagränserna, specifikt mellan korttidsboendet och SSIH. De har utarbetat rutiner för när de behöver kommunicera och ringer varandra när en patient behöver något utöver det vanliga. Inget överflödigt informationsutbyte sker, utan istället är kommunikationen tämligen läglig och lösningsorienterad. Ett exempel från en lösningsorienterad situation i Vingåker är då sjuksköterskan kontaktas av polisen och tar hand om en patient som enligt protokollet först måste bedömas av en biståndshandläggare för att läggas in på korttidsboendet.

Hos Kullbergsska sjukhusets mobila psykoteam, har man hittat bra sätt att utbyta information med kommunen på. Man har kommit överens om att en biståndshandläggare besöker dem på tisdagar, vilket är lagom med tanke på behovet av samverkan i deras fall. Kommunikationen är med andra ord tillräckligt tät för att uppfylla behovet. Dessutom blir informationen precis, då man vet vilken typ av information just biståndshandläggaren behöver då den kommer på besök, samt vilken information man kan vänta sig tillbaka.

Enligt teorin bör kommunikation som kännetecknas av Hoffer Gittells karaktäristika, leda till relationer som präglas av förståelse för motpartens mål, respekt för varandras kompetens och situation, samt att man delar kunskap med varandra. På samma sätt leder relationer som uppfyller dessa kriterier till kommunikation som är tät, precis, läglig och lösningsorienterad.

5.2.4 Kan man lösa problemen med hjälp av Relationell koordination?

Om man tar fasta på Hoffer Gittells kriterier för Relationell koordination, kan man konstatera att en chef som sitter i Nyköping och inte har tät kommunikation med sin personal i Flen, har svårt att få respekt. Avståndet gör dessutom att chefen har bristande insikt i hur personalen i Flen arbetar och därmed svårt att uppskatta kompetensen och situationen som råder där.

37 Hoffer Gittell, "Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups...", ss. 3-4

För att förbättra relationen behöver chefen och de anställda förändra sina kommunikationsmönster. De behöver kommunicera mer och vara lösningsorienterade mot varandra, inte vara i kontakt för sakens skull, men kommunicera så mycket som behövs för att upprätta en ömsesidig respekt. En lösning vore att chefen åker på studiebesök till Flen, i två syften: dels att förstå hur mottagningen fungerar med och utan läkare på plats, men också för att bättre kunna dela med sig av sin vision för psykiatri i Sörmland.

Överhuvudtaget är studiebesök en god idé för de vårdgrannar som vill förstå varandras arbetssituation.³⁸ I vissa fall har de som samverkar god förståelse för nästa instans, i andra fall finns det faktorer som försvårar insyn och förståelse, exempelvis då det är hög personalomsättning. På politiskt tillsatta positioner inom kommunen byts många tjänstemän ut då det har varit val och chefen i Nyköping måste inleda nya relationer för att få samverkan att fungera. Det går inte att undvika att behöva inleda nya relationer, men det underlättar arbetet om man vet vad man ska prioritera – och för det kan man använda principerna som Relationell koordination bygger på.

Ibland är vård och omsorg svåra att särskilja från varandra. Ett exempel är fallet med vem som ska bära kostnaden för psykopatienterna i Flens sociala aktiviteter. Vad som är vård och omsorg i detta fall, är inte självklart – arbetsterapeuten i Flen argumenterar för att de sociala aktiviteterna kan ses som behandling och därmed är landstingets ansvar. Landstinget har i det här fallet valt att inte se sociala aktiviteter som behandling och vill därmed inte heller lägga resurser på projektet. Det som kvarstår är att projektet ger patientnytta, men att ingen av parterna längre vill ta formellt ansvar för det.

Inom Relationell koordination betonas att kommunikation utförd på rätt sätt inte bara leder till att man jobbar bättre tillsammans, men också att man får samma målbild, vilken i det här är att ge bästa möjliga vård till alla psykiatripatienter. Det är viktigt att man tar ett gemensamt ansvar, annars kan man inte samverka. Vägen dit är att utveckla förståelse för varandra och ömsesidigt respekt för olika synsätt och arbetssätt. Om man organiserade sig enligt principerna för Relationell koordination, skulle det vara enklare att överbrygga ansvarsproblematiken.

38 Hoffer Gittel *High Performance Healthcare*, s. 161

5.2.5 Problematisering av teoriernas applicerbarhet

Vi kan konstatera att för att uppnå samverkan inom vården, kan man använda sig av både Lean och Relationell koordination. Båda teorier kan avhjälpa vissa i empirin konstaterade hinder. Båda kan förklara en del av de underlättande aspekterna som identifierats. Med vår empiriska bas är det dock svårt att belägga att någon av teorierna räcker för att koordinera hela psykiatrin eller geriatriken.

Lean är ett bra tankeverktyg för hur man undviker att slösa med resurserna och samtidigt förbättra patientupplevelsen. När Lean appliceras på psykiatrin, uppstår dock svårigheter relaterade till flödeseffektiviteten – vissa patienter blir inte färdigbehandlade, medan andra kan bli friska relativt snabbt. Som chefen uttryckte det, finns det dock ett oändligt behov av psykiatrisk vård. Flödet skulle aldrig ta slut, vilket i sin tur skulle ta enorma resurser i anspråk. Inom geriatriken finns liknande problematik, med många svårt sjuka äldre som sällan blir friskförklarade. Inte heller inom detta område är Lean den bästa lösningen. I de fall vårdprocesser har ett tydligt slut, som vid ett benbrott eller en inflammerad blindtarm, är det enklare att argumentera för en implementering av Lean.

Relationell koordination är ett system som framför allt betonar relationer, som byggs upp i en viss kommunikationskontext. Har man goda relationer så tycks det underlätta samverkan. Det finns dock potentiella problem som är värda att ta upp här. Det är till exempel svårt att institutionalisera att man ska ha goda relationer – och hur ska man veta när de är tillräckligt goda? Det finns också risk att en stor del av resurserna går åt till att bygga goda relationer, istället för att fokusera på vad som ger optimal vård till patienten. Det är en svår balansgång, med risk för överkoordinering. I flera av intervjuerna kom det fram att vårdpersonal uppfattar sig som spindeln i nätet, vilket kan tyckas som ett visst resursslöseri. Att styra ett system präglad av Relationell koordination kan således också innebära svårigheter.

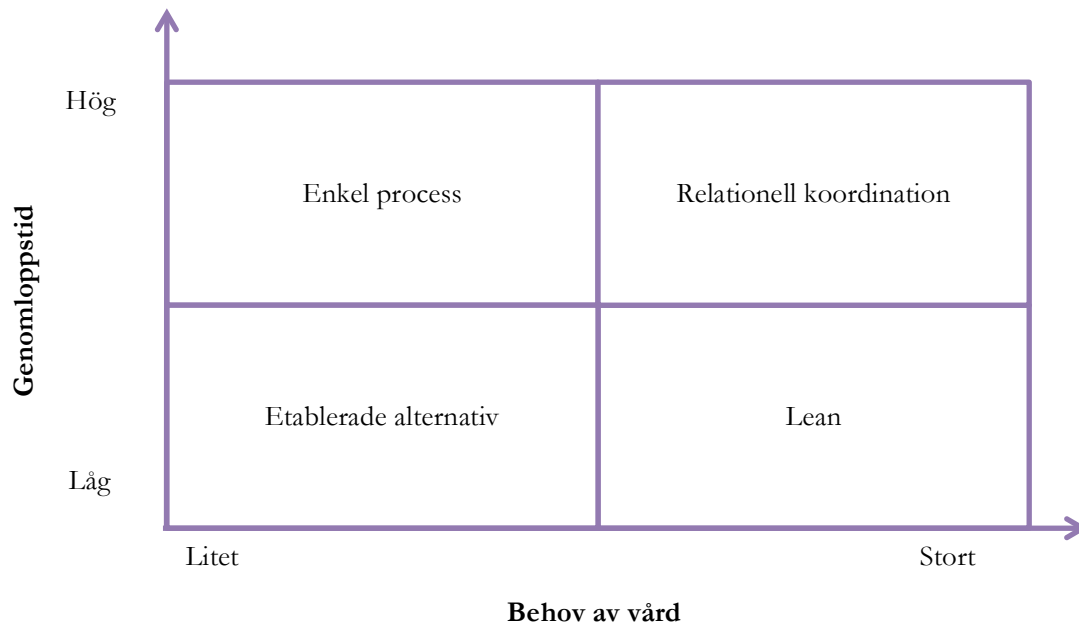
5.3 Slutsatser och Rekommendationer

Det är svårt att rekommendera någon av teorierna för applikation på svensk vård i sin helhet. Båda teorierna har sina förtjänster, men vi har svårt att se att hela vårdssystem kan göras Lean, respektive koordineras med hjälp av enbart relationer. Då kvarstår att utreda om det går att fastslå när och för vilka patienter vilken metod kan fungera bäst. Det ämnar vi lämna ett förslag till.

En dimension som spelar roll för hur man organiserar samverkan och som identifierats utifrån vår studie, är tiden det tar för en patient att genomgå vårdprocessen (genomloppstid). Vi har kunnat konstatera att kroniska psykiatripatienter kan ha en närmast obegränsad, eller ständigt pågående vårdprocess, till skillnad mot en patient med en inflammerad blindtarm, där vårdprocessen oftast har en tydlig början och ett slut. En annan dimension som är viktig att ta hänsyn till då man organiserar vård, är de begränsade resurserna samhället har. Det är logiskt att mer resurser läggs på de ofta förekommande och allvarliga folkhälsoproblem, än på ovanligare åkommor. Vi har valt att uttrycka denna dimension som behov av vård.

Som vi har kommit fram till i analysen, så krävs det att en patient kan bli färdigbehandlad för att en process ska kunna bli Lean. Om patienten har kroniska besvär, blir det svårt att upprätthålla flödeseffektivitet, då resurserna som skulle krävas blir alltför stora. Om man kan friskförklara en patient inom en begränsad tidsrymd samtidigt som vårdbehovet är stort, finns effektivitetsvinster att hämta i Lean. Vid exempelvis höftfrakturer hos äldre kan en Lean process vara ett alternativ. I de fallen där vårdbehovet är mindre, som vid förkylningar och stukade fötter, behövs ingen uttalad samverkanstrategi då det tenderar att inte vara särskilt komplexa behandlingar. Då kan man för samverkan använda sig av etablerade alternativ, exempelvis vårdcentral eller lättakut.

Då patientens vårdprocess är lång men behovet av vård förhållandevis litet och därmed samverkansbehovet lågt, kan en enkel process vara lösningen. Ett exempel skulle kunna vara diabetes. För de fall där vårdbehovet istället är stort, krävs ofta samverkan som involverar många aktörer. Psykiatripatienter är ett tydligt exempel, då man som patient ofta behöver insatser från såväl läkare och terapeuter som biståndshandläggare och försäkringskassan. Då är relationell koordination ett bra sätt att organisera samverkan.



Avslutningsvis vill vi poängtera att olika delar av en vårdprocess kan hamna på olika ställen i matrisen. Till exempel skulle en diagnostisering kunna vara Lean, medan den efterföljande behandlingen behöver Relationell koordination för att lyckas. Därför blir det svårt att bestämma att all vård av en viss typ behöver en specifik samverkansform. Vi ser matrisen som en vägledning. Inte bara för vilken typ av teori som bör appliceras var, men också för att motverka propositioner som föreslår att det går att applicera *en* teori för att lösa *all* slags samverkansproblematik som vården erbjuder. Kanhända är detta uppsatsens främsta förtjänst.

6. Förslag till vidare forskning

För att säkerställa resultaten från denna studie, kan förslagsvis en större studie kring samverkan genomföras, där fler professioner och vårdgivare intervjuas, samt upplevelser och synsätt kan aggregeras. Detta kan göras antingen på riksnivå eller i andra landsting och regioner. Ytterligare forskning skulle också kunna identifiera vems ansvar samverkan borde vara– idag ligger det formellt på chefsnivå, men man kan med Relationell koordination argumentera för att starkare horisontella nätverk kan vara lika effektiva. Uppsatsförfattarna vill också belysa regionala skillnaders roll för samverkan. Organisationerna bör rimligtvis se olika ut i ett stort respektive litet landsting.

Gällande matrisen presenterad under punkt 5.3, ska den ses som ett kontinuum där gränserna inte är fasta utan kan skifta beroende på vårdssituation. Den skulle också kunna utvecklas till att innehålla fler fält, där nya samverkansteorier kan figurera. På sikt bör även hänsyn tas till teoriernas implementerbarhet i vården.

7. Källor och litteratur

Artiklar:

Bengt Åhgren & Bruno Axelsson *A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010* i International Journal of Integrated Care, Göteborg 2011

Jody Hoffer Gittell *Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups – Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects*, i Management Science, Massachusetts 2002

Jody Hoffer Gittell & Leigh Weiss *Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework*, i Journal of Management Studies, Massachusetts 2004

Böcker:

Alan Bryman & Emma Bell, *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Stockholm 2013

Jody Hoffer Gittell, *High Performance Healthcare – Using the power of Relationships to achieve quality, efficiency & resilience*, Massachusetts 2009

Kalle Kraus *Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldre vården*, Stockholm 2008

Johan Berlin, Eric Carlström och Håkan Sandberg (red.) *Team i vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner*, Lund 2009

Niklas Modig och Pär Åhlström *This is Lean – Resolving the efficiency paradox*, Stockholm 2012

Rapporter:

Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes, *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor – en analys av komplexa flöden* Rapport av Leading Health Care nr 11 2012, Stockholm

Eva Hagbjer, *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg av äldre – En jämförelse av ersättningsystemens utformning*, Rapport av Leading Health Care nr 5 2012, Stockholm

Eva Lundmark & Ingvar Nilsson, *Ensam är inte stark – Om att lyckas i ett samverkansarbete*, Uppsala 2013

Margareta Rämgård, Pia Petersson & Kerstin Blomqvist *Att vårda i blindo - En forskningsrapport om professioners samverkan i närsjukvården* Skåne 2012

Mats Tyrstrup, *I välfärdsprouktionens gränsland – organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg* Stockholm 2014

Framtidens hälsa, vård och omsorg: Detta kommer debatten att handla om, Rapport av Leading Health Care nr 3 2014, Stockholm

Kandidatuppsats i Management

Henrik Kilander, 22400 & Veronica Råberg-Schrello, 22441

Patientfokuserad vård, Socialstyrelsen – Hälso- och sjukvårdsrapport, Stockholm 2009

Psykatri i samverkan, SPRI-rapport, Stockholm 1984

Samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar, SPRI-rapport, Stockholm 1991

Den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar – avgränsning och samverkan, SPRI-rapport, Stockholm 1997

Att samverka kring psykiatrireformens klienter, SPRI-rapport, Stockholm 1999

Annat:

Landstinget Sörmland, *Styrdokument - Framtidens Hälso-och sjukvård*, Sörmland 2012

Universitetssjukhuset i Lund, *Lean Healthcare - räddningen för sjukvården?* Lund 2007

8. Appendix

Bilaga 1.

RIKET										
Inkomstklass	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1-39 tkr	6,2%	6,1%	5,9%	5,8%	5,8%	6,4%	6,6%	6,2%	6,1%	6,0%
40-79 tkr	4,6%	4,6%	4,5%	4,4%	4,4%	4,5%	4,8%	4,7%	4,7%	4,8%
80-119 tkr	7,6%	7,5%	7,2%	7,0%	6,7%	6,4%	6,5%	6,3%	6,0%	5,9%
120-159 tkr	8,8%	8,3%	7,7%	7,2%	6,6%	6,4%	6,3%	6,0%	5,6%	5,5%
160-199 tkr	13,8%	13,0%	12,0%	10,5%	8,9%	8,3%	7,9%	7,5%	7,0%	6,8%
200-239 tkr	16,7%	15,8%	14,8%	13,5%	11,8%	10,7%	9,9%	9,2%	8,5%	8,0%
240-279 tkr	14,3%	14,4%	14,5%	14,4%	14,4%	13,7%	12,6%	11,9%	11,0%	10,2%
280-319 tkr	10,0%	10,4%	11,1%	11,7%	12,4%	12,8%	12,7%	12,7%	12,6%	12,2%
320-359 tkr	5,8%	6,4%	7,2%	8,1%	9,0%	9,4%	9,7%	10,1%	10,6%	10,9%
360-399 tkr	3,5%	3,8%	4,3%	5,0%	5,8%	6,2%	6,7%	7,3%	7,7%	8,1%
400-499 tkr	4,4%	4,8%	5,4%	6,2%	7,2%	7,6%	8,3%	9,2%	10,3%	11,1%
500-599 tkr	1,9%	2,1%	2,3%	2,7%	3,1%	3,4%	3,7%	4,1%	4,5%	4,8%
600-799 tkr	1,5%	1,7%	1,9%	2,1%	2,4%	2,5%	2,7%	3,0%	3,3%	3,6%
800-999 tkr	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%
1000+ tkr	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	1,0%

SÖRMLAND										
Inkomstklass	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1-39 tkr	5,5%	5,3%	5,2%	5,0%	5,0%	5,8%	6,2%	5,8%	5,8%	5,6%
40-79 tkr	4,0%	3,9%	3,8%	3,7%	3,8%	4,0%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%
80-119 tkr	7,8%	7,6%	7,4%	7,0%	6,7%	6,5%	6,6%	6,3%	6,0%	6,1%
120-159 tkr	9,3%	8,7%	8,0%	7,5%	6,8%	6,7%	6,4%	6,0%	5,8%	5,7%
160-199 tkr	14,8%	14,1%	13,0%	11,3%	9,5%	8,9%	8,4%	7,6%	7,3%	7,2%
200-239 tkr	18,4%	17,5%	16,3%	14,9%	13,0%	11,7%	10,6%	9,7%	9,0%	8,4%
240-279 tkr	15,1%	15,5%	15,9%	15,6%	15,7%	15,1%	13,8%	13,1%	12,1%	10,9%
280-319 tkr	10,3%	10,9%	11,6%	12,2%	12,9%	13,7%	13,7%	13,9%	13,7%	13,3%
320-359 tkr	5,4%	6,0%	7,0%	8,5%	9,4%	9,5%	10,2%	11,1%	11,4%	11,8%
360-399 tkr	3,1%	3,3%	3,7%	4,7%	5,9%	6,3%	6,8%	7,6%	8,2%	8,7%
400-499 tkr	3,5%	3,9%	4,4%	5,2%	6,3%	6,5%	7,1%	8,2%	9,3%	10,1%
500-599 tkr	1,4%	1,5%	1,8%	2,1%	2,4%	2,6%	2,9%	3,2%	3,6%	3,8%
600-799 tkr	0,9%	1,1%	1,2%	1,5%	1,7%	1,8%	2,0%	2,2%	2,4%	2,6%
800-999 tkr	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%
1000+ tkr	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%

För att jämföra inkomstspridningen i landet med inkomstspridningen i Sörmland har dessa två tabeller infogats. De visar hur stor del av befolkningen för regionen, i procent, som har en bruttolön i den givna inkomstklassen per år. Alltså, i tabellen för Sörmland ser man att 5,5 % av sörmlänningarna har en redovisad inkomst mellan 1000 till 39 000 kr under 2004.

Samma siffra för Riket är 6,2 %. Befolkningen för regionen är baserad på de som redovisat en inkomst.

Med hjälp av färgkodningen kan man utröna att inkomstfördelningen bland människor bosatta i Sörmland stämmer relativt väl överens med inkomstfördelningen för hela Riket.

Vidare analys av tabellerna visar dock att sörmlänningarna är något mer samlade kring medellönen, att riket som helhet har en något större bredd. Det finns dock inga extremvärden att ta hänsyn till.

Bruttolön är definierad som: kontant bruttolön, arvode och skattepliktiga förmåner (t. ex. traktamenten). Vidare ingår sjukpenning, ersättningar från försäkringskassa, arbetslöshetskassa och vuxen utbildningsnämnd samt delpension. Traktamentsersättning utöver schablon och bilersättningar över fastställt belopp per mil behandlas som lön. Som kontant bruttolön behandlas även reseersättning för resor mellan bostad och arbetsplats.

Bilaga 2.

Vårdtillfällen per 100 000 invånare					
Region	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Riket</i>	15170	15292	15389	15457	15561
<i>Södermanlands län</i>	15177	15114	15185	15667	15465
<i>Differens</i>	-8	178	204	-210	96
<i>Differens i % av genomsnitt</i>	-0,1%	1,2%	1,3%	-1,3%	0,6%
	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Riket</i>	15693	15981	15898	15999	15592
<i>Södermanlands län</i>	15905	16118	15758	15568	14739
<i>Differens</i>	-211	-137	139	431	853
<i>Differens i % av genomsnitt</i>	-1,3%	-0,9%	0,9%	2,7%	5,6%

Bilaga 3.

Medelålder (år)					
Region	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Riket</i>	40,8	40,9	40,9	41	41
<i>Sörmland</i>	41,7	41,9	42	42,1	42,1
<i>Differens</i>	0,9	1	1,1	1,1	1,1
	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Riket</i>	41	41,1	41,1	41,2	41,2
<i>Sörmland</i>	42,2	42,3	42,3	42,4	42,4
<i>Differens</i>	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2

Bilaga 4.

Intervjuguide i sin helhet – arbetsterapeut, mentalskötare, sjuksköterska

1. Presentation av de som intervjuar, Veronica Råberg Schrello och Henrik Kilander

Praktiska data: tid, anteckningar, anonymisering.

2. Bakgrundsdata: bakgrund, titel, hur länge har du jobbat i din nuvarande position?

3. Kan du beskriva vad ditt jobb innebär?

4. Kan du beskriva vad ditt team gör?

5. Hur kommer du i kontakt med patienterna?

6. Hur går ni vidare efter ett patientbesök?

7. Hur fungerar er relation till andra enheter? Som arbetar med samma patienter

8. Vad gör att arbetet med dem (andra enheter) fungerar/inte fungerar?

Bilaga 5.

Intervjuguide i sin helhet - chef

1. Presentation av de som intervjuar, Veronica Råberg-Schrello och Henrik Kilander.

Praktiska data: tid, anteckningar, anonymisering.

2. Bakgrundsdata: bakgrund, titel, hur länge har du jobbat i din nuvarande position?

3. Kan du beskriva vad ditt jobb innebär?

4. Kan du beskriva vad dina team gör?

5. Hur ser du på samverkan?

6. Hur bör samarbetet med kommunen se ut? Olika i olika kommuner?

7. Vilken vision har du som chef ?

8. Vilken vision har du för dina anställda?

Bilaga 6.

Samverkans hexagon

I Socialstyrelsens publikation Psykiatriuppföljningen 1999:5 presenterades av rapportförfattarna en modell för de förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att lyckas i samverkansarbete. De är:

1. **Mål och målgrupp** – Att vårdgivaren definierar vilka patienter man behöver samverka kring och reder ut hur behovsbilden ser ut. Från vårdgivarens sida vara medveten om från vilket perspektiv målgruppen identifierats (individuellt, kommunalt eller nationellt) och vad det innebär för samverkan. Väga detta mot hur målgruppen skulle identifiera sig själva. När analysen av patientbehovet är gjord och vårdgivaren är medvetandegjord om egna antaganden och perspektiv som kan influera processen kring samverkan, ska ett gemensamt övergripande syfte med samverkan formuleras och förankras hos de aktörer som ska samverka.
2. **Problem som ska lösas** Att börja med en gemensam problemuppfattning och sedan skapa vilja och motivation att lösa problemet tillsammans i gruppen som ska samverka, är viktigt för att nå målen. I denna process ska också ingå att analysera problemet på djupet och försöka hitta roten till det.
3. **Arbetsstruktur och redskap** Det behövs en ledare, eller i alla fall någon som bestämmer och har legitimitet att göra så, för att uppnå samverkan. Vilka kompetenser som behövs och hur man förmår rätt person att ta sig an uppdraget, är avgörande för samverkansprojektets fortgång. Även hur man mäter och utvärderar projektet, eller eventuellt avbryter det, är viktiga faktorer.
4. **Strategi och metodik** Hur arbetet genomförs har också inverkan på samverkan. De som utformat modellen lyfter fram vikten av att gemensamt lära sig av sina misstag, samt att undvika detaljstyrning från ledningsnivån. En analys av (eventuellt) förändringsmotstånd och eventuell motarbetning kan också vara bra att göra innan samverkansarbetet startar. De som ska samverka och leda samverkan gör också bäst i att dela upp uppdraget i delmål och, förutom att analysera motgångar, fira framgångar.
5. **Värderingar och synsätt** Om man kan etablera ett gemensamt synsätt för arbetet med samarbete över gränserna är det värdefullt ur samverkanssynpunkt. Ytterligare underlättande faktorer är att skapa en s.k. ”plattform av tillit” samt analysera vilka värderingar som finns i gruppen för att kunna hjälpa patienten på rätt sätt. Exempelvis kan detta handla om att ge stöd åt en individ, inte ta över dennas liv – dvs. att ta vara på det friska hos patienten, inte bara fokusera på det sjuka (uppsatsförfattarnas anm.).

6. **Samspel och relationer** Alla ser inte på samverkan på samma sätt. Man kan tjäna på att närmare reda ut vad respektive part menar – är det vardagssamverkan eller mer strategisk samverkan? Värt att utreda är också huruvida man ska arbeta nära varandra som ett team, eller vara ett lösare sammanhållet nätverk. Hur man ska arbeta och hur stort engagemang som ska krävas av de olika parterna är också en viktig aspekt i relationsbyggandet.

