



LUND UNIVERSITY

Regionövergripande samverkan

- utvärdering av "Samarbete för bättre vård" (SFBV) i Södra sjukvårdsregionen

Anell, Anders; Hellström, Mikael; Ramberg, Ulf

2022

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Anell, A., Hellström, M., & Ramberg, U. (2022). *Regionövergripande samverkan: - utvärdering av "Samarbete för bättre vård" (SFBV) i Södra sjukvårdsregionen*. (KEFU skriftserie; Nr. 2022:3). KEFU.

Total number of authors:

3

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Anders Anell
Mikael Hellström
Ulf Ramberg

REGIONÖVERGRIPANDE SAMVERKAN
- Utvärdering av ”Samarbete för bättre vård” (SFBV)
i Södra sjukvårdsregionen

SKRIFTSERIE 2022:3



EKONOMIHÖGSKOLAN VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

Det är svårt att tänka sig en organisation där anställda inte på olika sätt samarbetar med varandra. Att tillsammans med andra anställdas förmågor och resurser åstadkomma något mer än vad de anställda var för sig skulle kunna göra är liksom hela idén med organisationer. Organisationer är emellertid inte endast beroende av väl fungerande intern samverkan. Den externa samverkan är också central för långsiktig framgång. Strular t.ex. leverantörsleveranserna kan det få tämligen omedelbara effekter på den köpande organisationens förmåga att genomföra sitt uppdrag. Detta gäller inte minst om det uppstår olika former av bristsituationer.

Att kommuner och regioner inte förefaller ha tillräckligt med resurser och förmågor att genomföra sitt uppdrag är en central anledning till att samverkan lyfts fram som något önskvärt. Samverkan har också de senaste decennierna närmast exploderat, både i antal och i former. Inte så konstigt, då den institutionella spelplanen stipulerar att alla kommuner och regioner har samma uppdrag och alltid gränsar till varandra. Samverkan kan uppfattas som ett självklart och klokt val i en situation då förutsättningarna för att genomföra det kommunala uppdraget haltar. Detta även om forskning många gånger pekar på att samverkan snabbt kan bli bölig och svårframkomlig för de inblandade parterna.

Mer forskning behövs för att förstå hur och om samverkan är en väg framåt för att möta offentliga sektorns utmaningar. I föreliggande rapport står fyra regioners femåriga samarbete för att åstadkomma bättre vård för sina invånare i fokus. Hur har arbetet bedrivits, vilka resultat har åstadkommit, vilka framgångsfaktorer kan identifieras och på vilket sätt kan samarbetet för bättre vård utvecklas framöver är några av de frågor som belyses. Förhoppningsvis kan föreliggande rapport vara ett bidrag och stöd för att utveckla liknande samverkansambitioner.

Rapporten baseras på ett utvärderingsuppdrag från Södra regionvårdsnämnden och ligger i linje med de studier som KEFUs styrelse uppmanar. Rapportens innehåll och struktur har fått OK från uppdragsgivarna att publiceras. Rapporten har diskuterats i skriftseriens redaktionella stöd innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författarna själva för de värderingar som görs i rapporten.

Lund i december

Ulf Ramberg

KEFU

SAMMANFATTNING

Samverkan har sedan lång tid tillbaka varit viktigt inom både regionala och kommunala verksamheter och det finns mycket som talar för att samverkansbehoven kommer att öka än mer. Inom hälso- och sjukvården finns en kontinuerlig utveckling mot ny och mera specialiserad kunskap som även får organisatoriska konsekvenser. Teamarbete i vården har blivit allt viktigare, liksom nivåstrukturering och koncentration av högspecialiserad vård. Denna utveckling påverkas även av utmaningar i form av ekonomi och kompetensförsörjning. Den största utmaningen för framtidens vård anses allmänt vara rekrytering av tillräcklig kompetens och kapacitet, snarare än att det skulle fattas pengar. Det blir väsentligt att använda den kompetens och kapacitet som faktiskt finns så effektivt som möjligt.

I den här rapporten redovisas en utvärdering av Södra sjukvårdsregionens arbete med benämningen *Samarbete för bättre vård* (SFBV), främst när det gäller den arbetsmetod som använts i delprojekt och vilka övergripande resultat som uppnåtts. Syftet är att belysa framgångsfaktorer, hinder och utmaningar samt identifiera och ge förslag på åtgärder som kan förbättra möjligheterna för framtida samverkansprojekt att uppnå målen. Följande delfrågor besvaras:

- Vilka uppfattningar finns när det gäller arbets- och beslutsprocessen för "Samarbete för bättre vård"?
- Vilken kvalitet har slut- och uppföljningsrapporterna?
- Vilka resultat har uppnåtts för de delprojekt som avslutats? Hur kommuniceras uppdrag och resultat?
- Vilka framgångsfaktorer respektive utmaningar och hinder kan identifieras?
- Vilka åtgärder kan förbättra möjligheterna för framtida samverkansprojekt att nå målen?

Utvärderingen baseras på ett empiriskt material i form av 26 intervjuer med berörda aktörer respektive dokumentation och rapporter från ett urval bestående av 22 avslutade delprojekt. Det empiriska materialet analyseras med hjälp av litteratur om samverkan respektive styrning genom överenskommelser.

Enligt analysen av det samlade intervjumaterialet finns många olika perspektiv på SFBV. Det kan konstateras att en klar majoritet av de intervjuade har tillit och förtroende för SFBVs arbetsprocesser och menar att olika delprojekt skapat nytta. Samtidigt kan noteras att de flesta, personer i samarbetsgruppen och vid kansliet exkluderade, har ganska begränsad kunskap om hur delprojekt initieras och hur

arbetsprocessen går till. Enligt utvärderingen baseras tilliten och förtroendet för SFBV på att de intervjuade litar på den kompetens och goda vilja som finns inom kansliet, samarbetsgruppen och i olika delprojekt. Även om en klar majoritet av de som intervjuats anser att SFBV har genererat nytta finns olika uppfattningar om betydelsen av denna nytta. Implementeringen av regionövergripande rekommendationsbeslut anses allmänt vara SFBVs akilleshäla. Flertalet menar att SFBV borde adressera större projekt som leder till mer omfördelning av verksamheter och högre grad av regionövergripande samverkan. Samtidigt finns till viss del olika uppfattningar om bästa vägen framåt och hur regionövergripande samarbete bör bedrivas.

Utifrån insamlat material och en bedömning av framtida behov redovisas flera rekommendationer om hur SFBV kan stärka sitt arbete och skapa än mer nytta. Även om dessa rekommendationer skulle genomföras kan det vara svårt för SFBV att svara upp till de höga förväntningar som finns när det gäller omfördelning av specialiserad vård. En sådan ambition kräver en större initial samsyn mellan regionerna som mynnar ut i en gemensam och långsiktig kapacitetsplanering. Som flertalet intervjuade påpekat måste linjeorganisationen ha ett tydligare ansvar för implementeringen, vilket även innebär att de måste vara med från början i delprojekt som initieras. Det räcker förmodligen inte med regionövergripande ”mjuka” rekommendationsbeslut, som varje region kan välja att förhålla sig till på olika sätt och utifrån egna mål och prioriteringar. Ledarskapet för att få till en sådan förändring kan knappast komma från SFBV, även om man kan peka på behovet. Om man trots allt försöker genomföra delprojekt som ”tar större grepp” inom SFBVs nuvarande ramar är sannolikheten för att lyckas bättre än idag ganska liten. En sådan ambition riskerar till och med få negativa effekter för det förtroende för SFBV som byggts upp över tid.

Utifrån SFBVs nuvarande ramar preciseras i rapporten flera rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av SFBVs arbete:

- Färre delprojekt som får mer och bättre stöd
- Behåll professionella frihetsgrader i delprojekt, men förtydliga uppdrag och förväntningar
- Ta med alla relevanta perspektiv i bemanningen av delprojekt
- Utveckla dokumentationen och kommunikationen av delprojekt och dess nytta
- Var tydlig med när delprojekt avslutas och implementering tar vid
- Fortsätt stärka kompetensen vid kansliet och medarbetarnas personliga nätverk
- Utveckla en uppföljning som ger underlag för en diskussion av delprojekt och SFBV på strategisk nivå.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Kapitel 1 Inledning.....	6
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Uppdrag.....	7
1.3 Metod	8
1.4 Fortsatt disposition.....	9
Kapitel 2 Tidigare utredningar och forskning om framgångsfaktorer och hinder för samverkan	10
2.1 Olika former av samverkan.....	10
2.2 Varför är samverkan svårt?.....	13
2.3 Framgångsfaktorer och hinder enligt tidigare utredningar	14
2.4 Vad säger forskningen om framgångsfaktorer och hinder?.....	19
2.5 Betydelsen av förtroende och rättvisa beslutsprocedurer	23
2.6 Erfarenheter av styrning genom överenskommelser på nationell nivå.....	24
Kapitel 3 Analys av delprojekt.....	27
3.1 Hur kan delprojekten kategoriseras?.....	27
3.2 Generella intryck av delprojektens rapporter	28
3.3 Rapportmallen - Nuläge, Analys och Förslag.....	30
3.4 Summerande intryck och slutsatser	32
Kapitel 4 Resultat från intervjuer	34
4.1 Övergripande intryck från intervjuerna	34
4.2 Initiering och bemanning av delprojekt	35
4.3 Arbetsprocessen fram till beslut i regionnämnd	36
4.4 Beslut i regionnämnd, implementering och uppföljning	38
4.5 Intervjuades uppfattningar om resultat och nytta	39
4.6 Intervjuades uppfattningar om framgångsfaktorer	40
4.7 Intervjuades uppfattningar om hinder.....	41
4.8 Intervjuades uppfattningar om vägar framåt.....	43

Kapitel 5 Vår egen analys av framgångsfaktorer och hinder för regionövergripande samverkan	45
Kapitel 6 Övergripande utmaningar och ett strategiskt vägval för SFBV	47
Kapitel 7 Förslag och rekommendationer	50
7.1 Färre delprojekt som får mer och bättre stöd och följer olika ”mallar”	50
7.2 Behåll frihetsgrader i delprojekt, men förtydliga uppdrag och förväntningar	52
7.3 Ta med alla relevanta perspektiv i bemanningen av delprojekt	53
7.4 Dokumentera och kommunicera bättre	54
7.5 Tydlighet när delprojekt avslutas	55
7.6 Fortsätt stärka kompetensen vid kansliet och medarbetares personliga nätverk	56
7.7 Mer strategisk uppföljning och diskussion på ”portföljnivå”	57
7.8 Hur kan förslag och rekommendationer underlätta implementeringen?	58
Bilaga 1: Intervjuförteckning	60
Bilaga 2. Kategorisering av delprojekt utifrån typ av samverkan respektive målsättningar.	61
Bilaga 3. Innehållet i rapporter jämfört med mall	64
Referenser	66

Kapitel 1

INLEDNING

1.1 BAKGRUND

Södra regionvårdsnämnden beslutade år 2016 att påbörja ett projekt för att nå en ändamålsenlig regional arbetsfördelning med fokus på specialiserad hälso- och sjukvård. Våren 2018 permanentades verksamheten under benämningen "Samarbete för bättre vård" (SFBV). Målsättningen med arbetet är att skapa bättre vård för invånarna i Södra sjukvårdsregionen genom att:

- arbeta för jämlik och likvärdig vård med hög kvalitet,
- öka tillgängligheten,
- säkra kompetensförsörjningen,
- ta fram långsiktiga och ekonomiskt hållbara helhetslösningar - för patienten, verksamheterna och sjukvårdsregionen.

Hittills har ett 30-tal delprojekt påbörjats och ungefär två tredjedelar av dessa hade vid inledningen av 2022 avslutats. Det finns en stor variation mellan olika typer av samverkansprojekt. Delprojekt kan initieras från olika håll, oftast från verksamheten men även direkt från politiken. Ett flertal delprojekt har belyst samverkan inom olika delar av kirurgiska specialiteter. Under senare tid har flera av dessa delprojekt avsett omfördelning av operationer och verksamheter som följd av att Skånes Universitetssjukhus (SUS) fått uppdrag inom nationell högspecialiserad vård. Det gäller t ex komplicerad gynekologisk kirurgi, som medfört behov av att omfördela annan gynekologisk kirurgi till andra sjukhus i regionen. Andra delprojekt har fokuserat t ex samverkan inom onkologi inklusive strålbehandling, rehabilitering efter ryggmärgsskada och utredning av gemensam ambulanshelikopter.

För varje påbörjat delprojekt tillsätts en särskild arbetsgrupp med relevanta representanter från de fyra berörda regionerna. Arbetsgrupperna utgår från uppdrag som fastställs av Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp. En samarbetsgrupp med representanter från samtliga regioner tar fram förslag och planer och håller ihop det praktiska arbetet med alla delprojekt med stöd av Södra sjukvårdsregionens kansli. Vilka delprojekt som bör initieras och resultaten av

olika delprojekt diskuteras även med Södra sjukvårdsregionens chefsamråd. Varje delprojekt redovisar förslag till åtgärder i en slutrapport som godkänns och fastställs av Södra regionvårdsnämnden. Därefter fattar berörda regioner egna beslut och ansvarar för implementeringen. Efter viss tid, vanligen ett år, genomförs en uppföljning av berörd verksamhet med redovisning till ledningsgrupp och regionvårdsnämnd.

Som kommer att visas senare i rapporten kan de flesta av de delprojekt som initierats vanligtvis kopplas samman med flera olika målsättningar. Ökad jämlikhet när det gäller tillgänglighet och kvalitet i Södra sjukvårdsregionen samt säkerställande av långsiktigt hållbara lösningar när det gäller kompetensförsörjning är ofta i fokus. Vid sidan av delprojekt som fokuserar specifika verksamheter finns också arbetsgrupper som ska utveckla de administrativa förutsättningarna för ett utökat samarbete mellan regionerna. Det gäller exempelvis inom avtals-, HR- och tillgänglighetsfrågor.

Sammantaget ger delprojekten och arbetet inom SFBV intryck av en komplex materia. Komplexiteten avser dels att delprojekten i många fall avser komplicerad verksamhet men även att delprojekten syftar till att skapa samverkan mellan flera olika huvudmän som var och en fattar sina egna beslut och har sin egen linjeorganisation. Hos varje huvudman finns flera administrativa nivåer. Uppfattningar om utgångsläget, behov och bästa vägar framåt kan skilja sig mellan t ex den politiskt/administrativa ledningen och verksamhetsansvariga. Även i verksamheten kan finnas olika uppfattningar, t ex mellan övergripande verksamhetschefer och sektionsansvariga eller mellan olika berörda professioner.

Både samverkan och hälso- och sjukvård beskrivs ofta var för sig som komplexa företeelser. Komplexiteten minskar förstås inte om samverkan avser hälso- och sjukvård. Samtidigt finns det mycket som talar för att både nationell, regional och lokal samverkan kommer bli ännu viktigare än idag för att anta alla de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Det gäller inte minst säkerställande av en kompetensförsörjning som kan bidra till att uppnå god tillgänglighet till en vård med hög kvalitet på jämlika villkor. Det är mot denna bakgrund som denna utvärdering av SFBV skall förstås.

1.2 UPPDRAG

I den här rapporten redovisas en utvärdering av arbetet inom SFBV så här långt, främst när det gäller den arbetsmetod som använts i delprojekt och vilka övergripande resultat som uppnåtts. Syftet är att belysa framgångsfaktorer, hinder

och utmaningar samt identifiera och ge förslag på åtgärder som kan förbättra möjligheterna för framtida samverkansprojekt att uppnå målen. Flera delfrågor kan identifieras:

- Vilka uppfattningar finns när det gäller arbets- och beslutsprocessen för "Samarbete för bättre vård"?
- Vilken kvalitet har slut- och uppföljningsrapporterna?
- Vilka resultat har uppnåtts för de delprojekt som avslutats? Hur kommuniceras uppdrag och resultat?
- Vilka framgångsfaktorer respektive utmaningar och hinder kan identifieras?
- Vilka åtgärder kan förbättra möjligheterna för framtida samverkansprojekt att nå målen?

1.3 METOD

Utvärderingen baseras på material i form av 26 intervjuer med berörda aktörer respektive dokumentation och rapporter från ett urval bestående av 22 avslutade delprojekt.

Intervjuer har genomförts med representanter från Södra sjukvårdsregionens kansli, Samarbetsgruppen, Chefsrådet, Ledningsgruppen och Regionvårdsnämnden. Intervjuer har också genomförts med ett urval tidigare ordförande i delprojekt. Antal intervjuer inom respektive kategori framgår av bilaga 1.

Analys av dokument som beskriver uppdrag, slutrapporter och uppföljning har fokuserat de 22 delprojekt som var avslutade per sista januari 2022.

Ytterligare material utöver intervjuer och dokument har inhämtats genom arbetsmöten. Metodmässigt har dessa möten haft karaktären av fokusgrupper där deltagare fått möjligheten att reflektera och lämna synpunkter på olika teman. Vid ett första arbetsmöte (januari 2022) med Södra sjukvårdsregionens kansli diskuterades olika delprojekts målsättningar och övergripande karaktär och hur dessa egenskaper förändrats över tiden. Vid ett andra arbetsmöte (maj 2022) med Samarbetsgruppen diskuterades upplevd nytta och erfarenheter från olika delprojekt. Vid ett tredje arbetsmöte (juni 2022) med Södra sjukvårdsregionens kansli diskuterades preliminära resultat från utvärderingen.

1.4 FORTSATT DISPOSITION

I kapitel två definierar vi vad samverkan är samt går igenom generell teori och empiriska studier som belyser varför samverkan är svårt och vilka framgångsfaktorer respektive hinder som har identifierats i tidigare litteratur. Vi sammanfattar också tidigare erfarenheter av att styra genom överenskommelser på statlig nivå, som vi menar har vissa likheter med regionövergripande samverkan enligt SFBV.

I kapitel tre analyseras de 22 avslutade delprojektens rapporter inklusive uppföljningen. Vi kategoriserar delprojekten beroende på vilka målsättningar som lyfts fram och studerar följsamheten till SFBVs mallar. Utifrån följsamheten till mallar diskuteras även vilka styrkor och svagheter som rapporterna ger uttryck för.

I kapitel fyra redovisas resultat från intervjuer. Inledningsvis fokuseras intervjuades uppfattningar om initiering och bemanning av delprojekt, arbetsprocessen fram till beslut i regionnämnden samt implementering och uppföljning. Vi lyfter därefter fram intervjuades uppfattningar om de resultat och den nytta som SFBV genererat, vilka framgångsfaktorer och hinder som identifierats samt tankar om fortsatt utveckling av SFBV.

I kapitel fem och sex redovisas vår egen tolkning och analys av framgångsfaktorer och hinder samt utmaningar och strategiska vägval för SFBV. Denna analys utgör grunden för kapitel sju där vi redovisar förslag och rekommendationer.

Kapitel 2

TIDIGARE UTREDNINGAR OCH FORSKNING OM FRAMGÅNGSFAKTORER OCH HINDER FÖR SAMVERKAN

I detta kapitel definierar vi vad samverkan är samt går igenom generell teori och empiriska studier som belyser varför samverkan är svårt och vilka framgångsfaktorer respektive hinder som har identifierats. Vi sammanfattar också tidigare erfarenheter av att styra genom överenskommelser. Erfarenheter av denna form av styrning finns inte minst på nationell nivå. Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har t ex under senare år kommit överens om hur omställningen till ”nära vård” ska stödjas, en överenskommelse som enskilda regioner förväntas följa och implementera. Denna form av styrning har även prövats i samband med en rad tidigare statliga satsningar inom vård och omsorg, vilket lett till att för- och nackdelar med denna form av styrning uppmärksammas i statliga utredningar. Eftersom det finns likheter med förutsättningarna när det gäller SFBV redovisas erfarenhetsbaserade slutsatser och förslag på fortsatt utveckling enligt dessa utredningar.

Sammantaget ger den teori och de dokumenterade erfarenheter som redovisas i detta kapitel en referensram som varit till hjälp för att tolka och förstå det empiriska material om SFBV som samlats in. Referensramen har också använts för att identifiera utmaningar och ligger bakom flera av de rekommendationer och förslag för hur SFBV kan fortsätta att utvecklas.

2.1 OLIKA FORMER AV SAMVERKAN

Samverkan är ett begrepp som kan knytas till stora förhoppningar men även till betydande frustration. Genom samverkan finns möjligheter att nå nya mål, eftersom varje enskild samverkande part inte längre blir begränsad av sin egen kapacitet eller kompetens. Det låter bra, men i praktiken är samverkan svårt. Många samverkansprojekt lyckas inte alls eller tar lång tid att genomföra. Även om vinsterna av samverkan kan vara stora är det inte säkert att de överstiger ”kostnaderna” i form av de insatser som krävas för att uppnå samverkan. Huxham & Vangen (2005) sammanfattar de samlade erfarenheterna från egen och andras

forskning och ger själva en talande och ofta refererad rekommendation enligt följande:

”The overwhelming conclusion from our research is that seeking collaborative advantage is a seriously resource-consuming activity so is only to be considered when the stakes are really worth pursuing. Our message to practitioners and policy-makers alike is don’t do it unless you have to” (p. 13).

I senare litteratur beskrivs hur moderna och pluralistiska samhällen blivit allt mer beroenden av samverkan (Mintzberg 2015). Samverkan lyft i allt högre grad fram som en lösning på utmaningar både generellt i samhället och inom offentlig sektor (Eriksson m fl 2020). När det gäller styrning inom offentlig sektor riktas allt mer ljus på betydelsen av nätverk, snarare än traditionella hierarkiska strukturer. De problem som kan uppstå vid samverkan verkar dock inte ha förändrats över tiden.

Som Huxham & Vangen själva noterar finns det trots problemen sammanhang där man helt enkelt ”måste” samverka. Svårigheterna att samverka kan också övervinnas om de negativa följderna av att *inte* samverka är tydliga och påtagliga. I hälso- och sjukvården finns många situationer där samverkan framstår som självklart med tanke på de förluster i liv och livskvalitet som annars uppstår. Det kan t ex gälla insatser på en traumaenhet efter en trafikolycka. Ett annat gott exempel på samverkan är alla de insatser som gjorts i samband med Covid 19 pandemin.

Sett till praxis i kommuner och regioner finns det flera olika typer och former av samverkan (Mattisson & Thomasson 2017; Anell & Mattisson 2009). Samverkan kan avse individer, professioner och/eller organisationer. Samverkan kan i sin tur ske genom organisatoriska förändringar och/eller olika former av avtal och överenskommelser. Regioner samverkar med varandra regionövergripande men även nationellt. Regioner samverkar även med kommuner, andra myndigheter och med privata företag. Samverkan mellan organisationer och huvudmän handlar ofta om att skapa bättre tillgång till resurser och/eller att fördela risker, vilket ofta behöver regleras i bindande avtal och överenskommelser; vad är det man vill åstadkomma och hur ska det realiseras. Inom ramen för allmänna utvecklingsavtal mellan huvudmän kan finnas gemensamma aktiviteter som kräver en ekonomisk reglering.

Inom regioner finns samverkan både inom och mellan vårdnivåer. Sådan samverkan omfattar även samarbeten mellan professioner, t ex inom vårdteam. Samverkan mellan individer och medarbetare kan också uppstå spontant och oreglerat. Man är överens om målen och ser fördelarna med att arbeta gemensamt. Informella avtal och ”tysta” överenskommelser är i praktiken en mycket vanlig samverkansform. Det finns förväntningar att man ska arbeta tillsammans och hjälpa varandra. Den som bryter mot dessa överenskommelser blir föremål för negativa rykten och kan bli utfrysad från andras samverkan. Eventuellt kan lös samverkan formuleras skriftligt i olika former av policydokument som beskriver mål och arbetsätt. Dessa dokument kommer inte att vara bindande i någon juridisk mening men kan ändå uppfattas som styrande av de som berörs. Det kan noteras att flera s k samverkansprojekt mellan vårdgivare och professioner i praktiken inte är ”äkta” samverkansprojekt utan snarare avgränsningsprojekt. Istället för att utveckla verksamheten tillsammans utifrån ett gemensamt mål handlar det om att definiera gränssnitten och varje parts enskilda ansvar – ”om ni gör detta så fokuserar vi på vårt ansvar”. Detta behöver inte alls vara fel. I många fall kan avgränsningsavtal vara att föredra jämfört med de utmaningar som finns med ”äkta” samverkan.

Det är förhållandevis vanligt att samverkan omfattar både huvudmän, organisationer och professioner. Ett exempel är samverkan för sköra äldre där samverkan kan avse både huvudmän (region, kommun), organisationer (primärvård, hemtjänst) och professioner (undersköterska, sjuksköterska, allmänläkare m fl). Det är då viktigt att komma ihåg att även om en övergripande samverkan regleras i mera formella kontrakt och dokument så är det till sist individer nära verksamheten som måste involveras. Avtal och överenskommelser på övergripande nivå har förmodligen begränsad effekt om de individer som berörs inte själva är överens och övertygade om att samverkan är den rätta vägen framåt. Om de individer som berörs redan är överens och övertygade kan det tvärtom räcka med att avtal och överenskommelse ger stöd och tar bort hinder, snarare än att man behöver detaljreglera hur samverkan ska ske.

Även om samverkan sedan lång tid tillbaka varit viktigt inom både regionala och kommunala verksamheter har behoven av samverkan ökat över tid. Det finns mycket som talar för att samverkansbehoven kommer att fortsätta att öka. Inom hälso- och sjukvården finns en kontinuerlig utveckling mot ny och mera specialiserad kunskap som även får organisatoriska konsekvenser. Teamarbete i vården har blivit allt viktigare, liksom nivåstrukturering och koncentration av högspecialiserad vård. Denna utveckling påverkas även av utmaningar i form av ekonomi och kompetensförsörjning. Den största utmaningen för framtidens vård

anses allmänt vara rekrytering av tillräcklig kompetens och kapacitet, snarare än att det skulle fattas pengar. Det blir väsentligt att använda den kompetens och kapacitet som faktiskt finns så effektivt som möjligt.

I synnerhet för den specialiserade vården finns ett tilltagande regionövergripande samverkansbehov. Detta samverkansbehov omfattar både huvudmän, sjukhus samt berörda professioner och medarbetare. I den ”nära vården” är samverkansbehoven istället mera lokala och geografiskt avgränsade. Utvecklingen inom den specialiserade vården får dock konsekvenser för samverkan med den ”nära vården”, vilket gör utvecklingen inom den ”nära vården” relevant även för regionövergripande och nationell samverkan. För enskilda patienter kan en fortsatt nivåstrukturering med koncentration av viss specialiserad verksamhet innebära att man får sin planerade vård tillgodosedd vid olika sjukhus och vårdgivare. Viss specialiserad och mera avancerad vård görs vid universitetssjukhuset medan annan specialiserad vård och uppföljning görs vid det lokala sjukhuset eller i primärvården.

2.2 VARFÖR ÄR SAMVERKAN SVÅRT?

Oavsett nivå och vilken samverkansform som används handlar samverkan alltid till sist om människors inställning och motivation. Ett grundläggande problem är att alla parter kan vara överens om samverkansbehovet men samverkan kommer ändå inte till stånd. Det tar tid att uppnå en förståelse för andras villkor, vilket är en förutsättning för att uppnå samverkan. Samverkan underlättas av förtroende, vilket i sin tur byggs upp gradvis i sociala relationer (Eriksson m fl 2020). Enskilda parter har också egna intressen och mål. Synen på vad andra borde göra kan skilja sig från dessa ”andras” egen bedömning. Få aktörer inom vården skulle förmodligen erkänna att de själva är dåliga på att samverka. Däremot är kommentarer om andra aktörers bristande samverkansförmåga relativt vanliga.

Även om alla parter är initialt överens finns ofta en skörhet i samverkan såtillvida att enskilda aktörer kan lockas eller uppleva sig tvingade att prioritera de egna målen. Grundläggande för interkommunal samverkan är vilka vinster som kan uppnås och hur dessa fördelas mellan berörda parter (Mattisson & Thomasson 2017). Upplevelser om vinsternas storlek och hur de fördelas vägs mot en bedömning av behovet av egna insatser och risken för att ”andra” inte gör vad som förväntas av dem. Skillnader i intressen och uppfattningar om fördelningen av insatser och samverkansvinster kan bli tydliga först efter hand. Konflikter kan uppstå. Avgörande för om man ska kunna driva samverkansprocessen vidare är att man förmår ta sig igenom dessa utan att förstöra grunderna för samverkan.

I ett verksamhetsnära perspektiv kan samverkansproblem uppstå eftersom man har olika målbilder och skilda uppfattningar om hur dessa ska uppnås. Flera forskare beskriver att kraven på samverkan mellan olika vårdprofessioner ökat över tiden samtidigt som samverkan långt ifrån är självklart eller enkelt (Shot m fl 2020). När professioner med olika målbilder och uppfattningar om ”domäner” möts krävs en utvecklingsprocess för att uppnå samverkan. En klassisk referens i sammanhanget är Tuckman (1965) som beskriver fyra faser i utvecklingen av grupper – ”forming, storming, norming and performing” – en modell som använts som metafor för utveckling av samverkan i många olika sammanhang. Senare forskare har föreslagit en indelning i andra faser, t ex formering, implementering och vidareutveckling. Ett gemensamt drag är att samverkansprojekt efter en initial period av optimism inte sällan genomgår en kritisk implementeringsfas. Det är först när man tagit sig förbi denna kritiska period som man kan förvänta sig några samverkansvinster. Ytterligare forskare poängterar att samverkan är en cyklisk process som innebär att man ibland får gå tillbaka och påminna om grunderna. Samverkan blir aldrig färdigt utan måste hela tiden underhållas.

Utifrån de samlade erfarenheterna kan sägas att samverkan är svårt för att det initialt verkar så enkelt och självklart. En initial, överdriven optimism kan leda till att man inte tycker det behövs någon särskild styrning för att nå målen. Man kan tycka att man är överens och att det finns en gemensam bild av nuläge, problem och önskvärd utveckling. Samtidigt finns också exempel där samverkan verkligen lyckas. Under Covid-19 pandemin lyckades t ex vården ställa om under kort tid, alla ställde upp och kärnverksamheten prioriterades. Behovet var uppenbart. Det fanns begränsat utrymme att avvika från den handlingsplan man enats om. Det är dock mera sällan som det ”externa trycket” är så självklart och uppenbart att implementeringen inte blir problematisk. I de allra flesta situationer är samverkan svårt. Det största samverkansproblemet är sannolikt att inte ta de problem som kan förväntas i samband med implementeringen på allvar.

2.3 FRAMGÅNGSFAKTORER OCH HINDER ENLIGT TIDIGARE UTREDNINGAR

Samverkan är inte något nytt inom svensk vård och omsorg. Det finns därför flera utredningar som lyft fram både behovet av samverkan respektive framgångsfaktorer och hinder för samverkan utifrån dokumenterade erfarenheter. I ett betänkande från den s.k. Socialutredningen år 1974 beskrevs flera generella problem och hinder för samverkan mellan huvudmän i form av kommuner och landsting (SOU 1974:39 s. 424):

- Delat huvudmannaskap; tvister relaterade till kostnader, ansvar, prioriteringar och initiativ.
- Avsaknad av administrativa och politiska former för samordning av verksamheten och dess planering.
- Olika referensramar och förutsättningar för berörda organisationer (lagstiftning, utbildning, arbetssätt m.m.).
- Otillräckliga kunskaper om potentiella samarbetspartners arbete; orealistiska förväntningar, dubbelarbete.
- Otillräckligt utvecklade arbetsformer för problembearbetning och samarbete kring enskilda individer och grupper.

Även om dessa problem och hinder känns igen har den typ av samverkan som fokuserats i utredningar förändrats över tiden. Historiskt sett har flera utredningar fokuserat samverkan mellan kommuner och regioner (tidigare landsting) för att skapa bättre vård för främst äldre och inom psykiatri. På senare tid har utredningar för bättre vård till dessa grupper istället fokuserat samverkan inom funktionen ”nära vård” oavsett organisatoriska gränser. Inom den specialiserade vården har tidigare utredningar som fokuserat sammanslagningar av sjukhus och sjukhusinterna vårdprocesser ersatts av större fokus på regionövergripande och nationell samverkan.

2.3.1 ORGANISATORISKA FÖRÄNDRING LÖSER INTE SAMVERKANSPROBLEM

Under 1990-talet lanserade staten en rad satsningar för att främja samverkan mellan landsting, kommuner och andra myndigheter inom välfärdsområdet. Ansvaret när det gäller vård till äldre och inom psykiatri flyttades från landsting till kommuner, men det blev snabbt tydligt att detta inte löste alla samverkansproblem. Samverkansproblem som uppmärksammades handlade om brister när det gäller medicinska insatser inom den kommunala vården (bl a läkarmedverkan), att äldre skrevs ut allt för snabbt från sjukhusen samt bristande psykiatriska insatser för barn och ungdomar respektive missbrukare. I flera av dessa sammanhang noterades att ett ändrat ansvar för landsting och kommuner inte löst samverkansproblemen.

I en rapport från Socialstyrelsen (2000) sammanfattades erfarenheter från ett dussin olika utredningar om samverkan, främst inom rehabiliteringsområdet. Ömsesidigt förtroende och en ärlig ambition hos de som medverkar angavs som

viktiga förutsättningar för samverkan. Andra förutsättningar var att professionella grupper såg ett värde i att samverka, att det fanns ett gemensamt problem som de inte kunde lösa var och en för sig. Om någon profession kände sig hotad blev det vanligtvis ingen samverkan. Det ansågs därför viktigt att identifiera gemensamma mål för samverkan. Ett stort hinder var att samverkan inte belönades. Utredarna konstaterade att varje medverkande organisations egna hierarkiska styrsystem, rutiner och regelverk skapade hinder för samverkan. Det ansågs därför viktigt att chefer gav sitt stöd till samverkan och att det fanns lokalt handlingsutrymme för olika lösningar. Utifrån en gemensam kvalitetsmätning skulle samverkansaktiviteter utvärderas mera systematiskt.

2.3.2 ERFARENHETER FRÅN SAMVERKAN INOM NÄRSJUKVÅRDEN

Några år in på 2000-talet hamnade samverkan inom den sk närsjukvården i fokus. Samverkan reglerades i lokala samverkansavtal mellan landstingen och respektive kommun. Dessa avtal gav främst en struktur för regelbundna möten mellan ansvariga, som i sin tur resulterade i en dialog om bättre samverkan på olika nivåer (Äldrecentrum 2007:16). Ett antal generella ”villkor för gott samarbete” identifierades (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2002). Det noterades att politiker och chefer i stor utsträckning formar organisationens kultur. Ett gott ledarskap bör därför ge förutsättningar och legitimitet för gränsöverskridande samarbete. Gemensam finansiering av verksamheter sågs som en möjlighet att ge tydliga signaler om behovet av samverkan. Samarbete över sektorsgränser kunde även underlättas om det fanns en fast struktur i form av länsövergripande överenskommelser och lokala samverkansavtal. Samverkan måste belönas vilket ansågs kräva en systematisk uppföljning över sektorsgränserna och överenskommelser om vilka mått som skulle användas. För att berörd personal ska förstå varandras utgångspunkter, forma en gemensam bild av verksamheten och i förlängningen arbeta gemensamt med kvalitetsutveckling och förbättring menade man att det krävdes initiala mötesplatser – arenor - där man kunde föra en dialog med andra verksamheter och utbyta kunskap och erfarenheter.

Ytterligare stöd för lokal samverkan initierades år 2005 genom det sk Närvårdsprojektet. I en rapport från SKL (2006) beskrivs generella förutsättningar för samverkan mellan huvudmän i form av landsting och kommuner. Bl a framkom att det fanns en misstänksamhet mellan parterna i samverkanssituationer och en oro att bli lurad av den andre parten när det gäller ekonomi och resurser. Detta resulterade i att man bevakar sina revir snarare än att se till vad som är bäst

för helheten. Det fanns ofta brister i kommunikationen, t ex att man inte informerar om förändringar i verksamheten som har betydelse för den andra parten. Det kan gälla tillfällig personalbrist eller permanenta förändringar.

I SKL (2006) identifieras ett antal framgångsfaktorer för arbetet med närvård (sid 62 -65):

- Behålla patientfokus,
- Långsamma, långsiktiga processer,
- Hålla dialogen levande,
- Tillit och förtroende,
- Organisera arbetet, systematiskt och strukturerat,
- Tydlighet kring uppdrag och ansvar,
- Gå från ord till handling,
- Ledarskap och medarbetarskap,
- Balans,
- Tillsammans på lika villkor,
- Respekt för komplexiteten,
- Hälsöfrämjande arbetssätt,
- Mäta och följa upp,
- Transparens.

Även i SKL (2007) finns ett antal råd för framgångsrik samverkan (s. 6-11). I allt väsentligt överensstämmer råden med de framgångsfaktorer som beskrevs i rapporten från 2006:

- Det måste finnas en vilja,
- Utgå från behovet,
- Bygg upp tillit och förtroende,
- Alla måste bidra,
- På lika villkor,
- Mötesplatser på alla nivåer,
- Formulera gemensamma mål,
- Arbeta strukturerat och systematiskt,
- Gör omtag,
- Respektera komplexiteten.

Samverkan mellan regioner och kommuner för sköra äldre patienter fortsätter att vara en utmaning. Efter statliga utredningar infördes en ny lag år 2018 som

tydliggjorde samverkansansvaret vid utskrivning av äldre patienter från sjukhus som har behov av kommunala insatser. In en utvärdering av mobila team i Region Skåne betonas vikten av relationer och förtroende mellan primärvård och kommunala insatser för att ett bra samarbete ska kunna utvecklas (Glenngård & Anell 2021).

2.3.3 REGIONÖVERGRIPANDE OCH NATIONELL SAMVERKAN INOM SPECIALISERAD VÅRD

När det gäller specialiserad vård fokuserades under stora delar av 1990-talet främst samverkan mellan och inom sjukhusen i det egna upptagningsområdet. Minst hälften av landets sjukhus var vid denna tid involverade i samverkansprojekt, som ofta syftade till sammanslagningar mellan sjukhus (Hallin & Siverbo 2003). En viktig drivkraft var den svaga ekonomin. Senare hamnade utveckling av vårdkedjor och vårdprocesser i fokus. Enligt Åhgren (2007) var ett vanligt framfört hinder för utveckling av vårdkedjor den starka decentraliseringen till professioner och enheter och att ansvar och inflytande följde den traditionella hierarkiska organisationen. Vårdkedjorna var ofta snävt definierade utifrån ett professionsperspektiv. I hälften av landstingen hade man enligt Åhgren (2009) inte någon regelbunden medverkan från kommunerna i arbetet med vårdkedjor. Patientföreträdare hade också lite inflytande över utvecklingsarbetet. Åhgren (2005) och Åhgren & Axelsson (2007) studerade vad som förklarar om försök att integrera vård genom vårdkedjor blir framgångsrikt eller inte. En viktig förklaring var i vilken grad projekten initierats lokalt av hängivna professionella, som lyckas skapa förtroende och engagera berörda yrkesgrupper. Initiativ från övergripande ledningen möttes ofta av motstånd från läkargrupper.

Utöver samverkan inom respektive region tillkom under 2000-talet ett allt större fokus på regionövergripande och nationell samverkan. Exempel är utvecklingen av Regionala Cancer Centrum (RCC) och en koncentration av högspecialiserad vård.

Sex regionala cancercentrum (RCC) inrättades år 2010 och har fortsatt att utvecklas därefter, bl a genom införande av standardiserade vårdförlopp med inspiration från liknande reformer i dansk cancervård (Socialstyrelsen 2017). Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2019) har vårdförloppen bidragit till kortare väntetider inom flera men inte alla områden inom cancervården. Problem relaterade till variationer mellan regioner och sjukhus och sjukhus som inte når målen kvarstår. Utredningen noterade också risken för att RCCs riktlinjer inte var

koordinerade med andra riktlinjer i verksamheten. Fr o m 2018 kan nationell högspecialiserad vård (NHV) utföras vid maximalt fem vårdenheter som uppfyller Socialstyrelsens kriterier för bästa möjliga vård till berörd patientgrupp. Tidigare beviljade tillstånd för s k Rikssjukvård flyttades till det nya systemet. De flesta beviljade tillstånd finns på universitetssjukhus i Stockholm följt av Lund/Malmö och därefter Göteborg. Förändringen år 2018 ska ses mot bakgrund av att det tidigare systemet kritiserades för att vara långsamt (se t ex Vårdanalys 2013:3) samtidigt som utredningar lyfte fram fördelar med att koncentrera vården till färre utövare (SOU 2015:98).

Parallellt med den nationella utvecklingen har enskilda regioner i allt större utsträckning standardiserat och koncentrerat vården både inom den egna regionen och sett till närliggande regioner. Till en del, inte minst för de stora regionerna, är detta arbete en konsekvens av utvecklingen när det gäller NHV och RCC. Arbete stöds av ytterligare samverkan i form nationell kunskapsstyrning som drivs av regionerna tillsammans. Arbetet är organiserat i 26 programområden med fokus på olika sjukdomsområden kompletterat med ett primärvårdsråd. Det nationella samarbetet syftar till att uppnå jämlik tillgång till evidensbaserad högkvalitativ vård i hela landet men är också involverat i andra områden, såsom analys av behov, utveckling av medicinska kvalitetsregister, introduktion av nya läkemedel och stöd till nationella reformer.

2.4 VAD SÄGER FORSKNINGEN OM FRAMGÅNGSFAKTORER OCH HINDER?

Även om samverkansprojekten i vården har förändrats över tiden tycks erfarenheterna när det gäller framgångsfaktorer och hinder för samverkan vara ganska samstämmiga. De erfarenheter som lyfts fram i olika utredningar stämmer också väl överens med budskapen i mera generell och internationell litteratur. När det gäller samverkan mellan organisationer har Huxham & Vangen (2005) - en standardreferens i studier om samverkan - listat följande faktorer, (sid 10-11, egen översättning):

- Faktorer som främjar samverkan
- Inkludera intressenter
- Välj partner
- Ömsesidigt förtroende
- Ärlighet och pålitlighet

- Delad vision
- Ömsesidigt beroende
- Öppen kommunikation
- Lämplig fördelning av makt
- Politiskt inflytande
- Lämplig övergripande styrning
- Stöd från högsta ledningen
- Skickliga samordnare

FAKTORER SOM HINDRAR SAMVERKAN

- Personliga agendor och individualistiska egos
- 'Politisering'
- Dåliga relationer på chefsnivå
- Geografiska avstånd
- Kulturella skillnader

Listan på faktorer känns igen från motsvarande listor baserade på erfarenheter av samverkan i svensk hälso- och sjukvård. Det kan också snabbt konstateras att identifierade faktorer snarast kan beskrivas utifrån en skala, där den ena ändpunkten främjar samverkan (t ex att inkludera intressenter) medan den andra ändpunkten motverkar samverkan (t ex att exkludera intressenter). En annan observation är att faktorer inte bör bedömas enskilt utan samlat. Om olika faktorer bedöms samlat är det inte alls självklart vad som bör göras. För att uppnå ömsesidigt förtroende och delad vision kan det t ex krävas att intressenter *exkluderas*, åtminstone initialt, vilket också stämmer väl med vikten av att välja partner. Snarare än att ge specifik vägledning erbjuder listan över faktorer således en referensram som kan användas vid analys av de förutsättningar och vägval som finns i en specifik situation. Vad som kan ses som lämpligt "beror på". Olika faktorer måste vägas och balanseras mot varandra utifrån förutsättningarna.

Det finns också andra samband mellan faktorer att beakta. När det gäller hinder skiljer Axelsson & Bihari Axelsson (2007) mellan strukturella och kulturella hinder. Strukturella hinder är förekomsten av olika regelsystem, ansvarsområden, finansieringslösningar, budgetar, informationssystem och administrativa gränsdragningar. Kulturella hinder avser olika sätt att se på patienter och brukare, olika utbildningar, samt olika språkbruk, attityder och värderingar. Strukturella och kulturella hinder kan hänga samman och förstärka varandra. Olika former av

revir kan ha sin grund i bevakande av budgetar och resurser men kan även utgå från kunskap och uppfattningar om den egna yrkesrollen. ”Kulturella skillnader” kan alltså ha sin grund i andra faktorer som hindrar, och som i så fall måste hanteras först. Motsvarande erfarenheter lyfts också fram i svenska utredningar, som pekar på vikten av att samverkan har stöd från övergripande ledningen och kopplas samman med någon form av belöning.

Ömsesidigt förtroende har enligt flera studier en särskild betydelse för möjligheten att uppnå samverkan. Om förtroende saknas behöver man först agera genom några av de andra faktorerna, t ex genom att inkludera intressenter och främja en öppen kommunikation. Efter hand som samverkansprojektet utvecklas kan styrningen och ledningen anpassas. På detta sätt kan ”positiva spiraler” identifieras, som gör att förutsättningarna för samverkan utvecklas vidare eller åtminstone behålls. Även i detta sammanhang finns behov av balans. Utan förtroende kan det t ex finnas begränsningar när det gäller vilken grad av öppenhet som är lämplig. Ett ökat förtroende kan ge möjligheter till högre grad av öppen kommunikation.

En medveten styrning av samverkansprojekt utgår därför alltid utifrån en analys av nuläget. Ett svenskt förslag på anpassad styrning och ledning för att uppnå samverkan i just hälso- och sjukvården baserat på de olika faser som beskrivs av Tucker framgår av Figur 1.

Figur 1. Fyra faser vid samverkan och krav på ledarskap och styrning. Källa: Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2006).

- **Forming**
 - o Skapa team och arenor för möten mellan aktörer
- **Storming**
 - o Hantera konflikter, skapa förtroende
- **Norming**
 - o Utveckla gemensamma mål och normer
- **Performing**
 - o Uppföljning av prestationer, behålla förtroende

Erfarenheter från olika samverkansprojekt i svensk hälso- och sjukvård följer åtminstone till en del den modell som beskrivs i Figur 1. Inom flera samverkansprojekt kan en process identifieras som vanligtvis inleds med att mötesplatser upprättas; från verksamhetsnära samverkansgrupper till ledningsgrupper och politiker. Vikten av att skapa sådana ”arenor” initialt i en samverkansprocess har också lyfts fram i tidigare utredningar. Arbetet under

sådana möten kan handla om att utbyta erfarenheter samt diskutera gemensamma målbilder och förflyttningskartor. Att gå vidare från dessa arenor och mötesplatser till ”norming” och ”performing” tycks vara en betydande utmaning. Det finns flera exempel på att arbetet istället startat om. Det gäller t ex utvecklingen inom den ”nära vården” som varit ett tema för diskussion under åtminstone 20 års tid i regionerna. En beredskap för att det kan finnas behov av ”omtag” är något som lyfts fram i tidigare svenska utredningar om samverkan. Sådana ”omtag” löser dock inte problem som har att göra med ”norming” och ”performing”. Mycket talar för att de första stegen i en samverkansprocess kan drivas i projektform. Utmaningen uppkommer när projektformen skall flyttas över till ordinarie arbetsprocesser och befintligt linjeansvar.

Man skulle kunna argumentera för att hälso- och sjukvården med all sin välutbildade och kloka personal borde komma överens om samverkan utan att det resulterar i konflikter och implementeringsproblem. Det finns dock motargument. En stark professionell identitet kan också vara ett hinder för samverkan. Grundläggande för en profession är att hävda en kunskapsmässig auktoritet inom visst område, vilket i sin tur innebär behov av att avgränsa ansvaret gentemot andra närliggande professioner - ”det här sköter vi bäst, annat få ni andra ta hand om”. En stark professionell identitet och kunskapsmässig auktoritet ger också status och maktposition, som kan utnyttjas för att bevaka och expandera den professionella autonomin, men som även kan stärka positionen för en specifik verksamhet.

I praktiken har samverkan mellan vårdprofessioner i många fall karaktären av avgränsningsavtal. Det gäller i synnerhet när vården ska koordineras mellan olika vårdgivare. Exempel är riktlinjer för vilka utredningar som primärvården måste göra innan man skickar remiss till viss sjukhusspecialitet, eller motsvarande villkor när kommuner ska ta över ansvar för äldre som skrivs ut från sjukhus. Även om dessa riktlinjer för koordinerad vård i många fall har karaktären av avgränsningsavtal kan det behövas samverkan mellan berörda professioner och vårdgivare för att utveckla dem. Avgränsningsavtal har förmodligen en längre hållbarhet om de baseras på en dialog mellan berörda parter utifrån övergripande gemensamma mål, som ökat förståelsen för varandras arbetsvillkor och hur dessa kan beaktas.

2.5 BETYDELSEN AV FÖRTROENDE OCH RÄTTVISA BESLUTSPROCEDURER

Det finns flera forskare som har studerat betydelsen av förtroende och rättvisa beslutsprocedurer i samband med beslut som förväntas gynna helheten samtidigt som enskilda medverkande parter kan uppleva försämringar i vissa delar. Ett exempel på sådana beslut är prioriteringar i vården, där utgångspunkten är att enskilda patientgrupper och verksamheter kan få avstå resurser till förmån för patientgrupper och verksamheter där resurserna genererar mer nytta. Liknande förutsättningar finns t ex när det gäller vissa typer av regionövergripande samverkansbeslut, t ex beslut om nivåstrukturering av viss specialiserad vård. Ett sådant beslut kan uppfattas som negativt av enskilda regioner eller verksamheter om det innebär att delar av verksamheter måste läggas ned eller anta en ny riktning. Det är inte heller självklart att den verksamhet som ska ta emot fler patienter uppfattar det som något entydigt positivt.

Eftersom man vid sådana beslut inte kan förvänta sig att alla kommer att vara överens om slutprodukten, blir det än viktigare att vara överens om hur själva beslutsproceduren ska gå till. Budskapet formulerades ursprungligen av Daniels & Sabin (1997; 2002) och har därefter använts som grund för internationell forskning och arbete med prioriteringar i vården, t ex av Prioriteringscentrum i Linköping. Argumentationen är att om alla är överens om hur beslutsproceduren ska gå till, så blir det svårare att argumentera emot själva besluten. Även om man som enskild part inte tycker att besluten blir helt rättvisa, kan man ändå acceptera besluten eftersom beslutsproceduren uppfattas som rättvis. Andra forskare har studerat vikten av förtroende för de personer som ska fatta besluten. Med ett högt förtroende för dessa personer ökar sannolikheten för att beslut accepteras. I den utsträckning man inte har någon information om de personer som ska fatta besluten, och därför inte kan ha något förtroende för dessa, blir uppfattningar om rättvisa procedurer mera betydelsefulla för om besluten tas emot positivt eller inte (Van den Bos m fl 1998). Studier visar att effekterna av rättvisa procedurer beror på graden av förtroende för de personer som fattar besluten (Cremer & Tyler 2007). Om man inte har något förtroende för den auktoritet som fattar besluten spelar det ingen roll om beslutsprocedurerna är rättvisa. Rättvisa beslutsprocedurer har dock en positiv effekt på samverkan om det samtidigt finns ett högt förtroende för de som fattar besluten.

Sammanfattningsvis pekar tidigare forskning på att samverkan bör drivas av personer som åtnjuter högt förtroende samtidigt som att de beslutsprocedurer som används ska uppfattas som rättvisa. Det finns flera kriterier som kan användas för

att studera i vilken grad en beslutsprocedur uppfattas som rättvis. Till en del överensstämmer dessa kriterier med de faktorer som lyfts fram för att främja samverkan. Det anses t ex viktigt att ha med alla relevanta och berörda intressenter i samband med besluten. Dessa intressenter måste också anse att de kan göra sig hörda, vilket ställer krav på ett inkluderande och opartiskt ledarskap som möjliggör att olika perspektiv blir belysta. Andra krav som lyfts fram för att skapa uppfattningar om en rättvis beslutsprocedur är transparens när det gäller målen, vem som deltar samt vilken data och vilka kriterier som används som underlag för beslut. Ytterligare krav som lyfts fram i grundmodellen är att det finns möjligheter att överklaga eller överpröva de beslut som fattas, allt enligt en särskild procedur som även den är transparent.

Den erfarenhet och forskning som finns kring förtroende och procedurrättvisa kan översättas till vad som bör gälla för regionövergripande samverkan. Eftersom samverkan ofta "hänger på en skör tråd" blir det viktigt att de som arbetar i delprojekten och fattar beslut om samverkan har ett stort förtroende bland dem som berörs. Det är också väsentligt att arbetsprocessen som leder fram till samverkansbeslut uppfattas som rättvis och är transparent. Det gäller inte enbart bland ledande politiker och tjänstemän i olika regioner och vid olika sjukhus. De som berörs av regionövergripande samverkan i verksamheten kommer att ställa frågor – "kan vi lita på de som fattat besluten"; "på vilket sätt har besluten fattats". Vilken roll en lokal verksamhetsförankring ska ha beror på vilken typ av samverkan som avses. Vid omfördelning av verksamheter mellan sjukhus behövs övergripande beslut, förändringen kan inte enbart komma "underifrån". Även vid den typen av regionövergripande samverkan är det förmodligen väsentligt att berörda verksamheter uppfattar att besluten har fattats på legitima grunder. Det innebär bl a att det måste vara synligt vem som fattat besluten och på vilka grunder. Det är också högst troligt att beslutens legitimitet beror på i vilken grad verksamhetsansvariga anser att "rätt personer" medverkat i besluten och vilken data om nuläge och målbilder dessa personer utgått ifrån. Även om inte regionövergripande samverkansbeslut kan fattas lokalt finns möjlighet att inkludera berörda verksamheter i den beslutsproceduren som föregår beslut.

2.6 ERFARENHETER AV STYRNING GENOM ÖVERENSKOMMELSER PÅ NATIONELL NIVÅ

Regionövergripande samverkan enligt SFBV kan betraktas som en "mjuk" form av styrning eftersom de beslut som fattas har karaktären av överenskommelser snarare än avtal som kan utkrävas. Om samverkansbeslut skapar nytta eller inte

beror på om och hur de implementeras. Implementeringen av beslut från SFBV är en fråga som ”ägs” helt och hållet av de berörda regionerna var och en för sig. Denna typ av samverkan är inte unik utan tvärtom vanlig i svensk hälso- och sjukvård. Det är också denna typ av styrning genom rekommendationer som staten allt mera frekvent har använt sig av i samband med statliga satsningar på vård och omsorgsområdet. Huruvida denna form av styrning är effektiv har därför också studerats av både Riksrevisionsverket (RRV) och Statskontoret.

Det korta svaret från RRVs tidigare rapport (RRV 2003:14) är att överenskommelser om viss utveckling *inte* är ett effektivt styrmedel, åtminstone inte som de hade används vid tidpunkten för utredningen. Två möjliga sätt att renodla denna form av styrning lyfts fram. De olika alternativen används lämpligen selektivt beroende på förutsättningarna. I den utsträckning det saknas probleminsikt föreslår RRV att överenskommelser antar formen av gemensamma policydokument. Snarare än slutdokumentet är det i så fall processen fram till en överenskommelse som skapar nytta. Genom dialog med alla relevanta berörda kan en fråga uppmärksammas och ges belysning utifrån olika perspektiv. Om det däremot är incitamenten för att genomföra överenskommelsens intentioner som brister föreslår RRV istället en hårdare kontraktsstyrning. Det innebär ett ökat fokus på vad som ska uppnås (mål) och när (tidplan). I den mån kontraktet inte uppfylls måste detta få någon form av konsekvenser. Detta innebär i sin tur att staten inte kan förlita sig på rekommendationer och att kommuner och regioner ska följa den överenskommelser som tagits fram genom SKR. Det behövs istället någon form av enskilda avtal mellan staten och respektive huvudman.

Statskontoret har i flera rapporter studerat styrkor och svagheter med statlig styrning genom överenskommelser. I en samlad bedömning (Statskontoret 2014) menar man att överenskommelser som syftar till att utveckla kunskap och systematisera arbetssätt har förutsättningar att fungera väl. Det motsvarar vad RRV benämner som gemensamma policydokument. De studier som gjorts av Statskontoret visar att sådana överenskommelser kan bidra till verksamhetsutveckling, även om de mål som anges inte uppnås. Statskontoret lyfter i detta sammanhang fram betydelsen av att säkerställa att problembilden delas och att valda insatsområden accepteras av de som berörs. Att berörda parter pekar ut en fråga som viktig kan också ha stor symbolisk betydelse, menar Statskontoret. Den styrande effekten av sådana samverkansdokument minskar dock i takt med att antalet överenskommelser ökar. Det finns därför skäl för staten att vara återhållsam med mängden överenskommelser av detta slag. Statskontoret menar däremot att överenskommelser inte bör användas för att ersätta den befintliga förvaltningsmodellen eller fördelningen av ansvar, eller för att få ökad

följsamhet mot lagar och förordningar. Överenskommelser anses inte heller vara det effektivaste sättet att styra tidsbegränsade projekt. Detta kan tolkas som att Statskontoret är skeptisk till den kontraktbaserade form av överenskommelser som utgör RRVs andra alternativa form. När det gäller den typen av genomförande pekar Statskontoret istället på att den redan befintliga styrningen bör utnyttjas.

RRVs och Statskontorets slutsatser och förslag är inte direkt överförbara på SFBV. En avgörande skillnad är att det inte finns någon övergripande part som enskilda regioner kan upprätta avtal med och som kan utkräva ansvar gentemot enskilda regioner. De två utvecklingsmöjligheter som skisseras av RRV skulle dock kunna vara intressanta modeller även för SFBV. Principiellt sett kan man tänka sig att många regionövergripande samverkansfrågor i första hand kräver att man utvecklar en samsyn i frågor. I sådana fall skulle inkluderande samverkansprojekt i syfte att ta fram gemensamma policydokument vara ett första steg. Därefter kan samverkan konkretiseras när det gäller mål och tidplaner, vilket kan göras genom att upprätta någon form av mera bindande kontrakt. I detta steg pekar Statskontorets analys istället mot den befintliga styrningen i enskilda regioner. Enligt Statskontorets bedömning bör man också vara återhållsam med antalet samverkansprojekt i syfte att utveckla policy.

Kapitel 3

ANALYS AV DELPROJEKT

3.1 HUR KAN DELPROJEKTEN KATEGORISERAS?

I samband med utvärderingens första arbetsmöte ombads Södra sjukvårdsregionens kansli att kategorisera de 27 delprojekt inom SFBV som då hade initierats. Kansliets kategorisering i sin helhet återfinns i bilaga 2.

Till stöd för kategoriseringen fick kansliet en mall (se tabell 1) med exempel på olika typer av samverkan samt motsvarande exempel på målsättningar för samverkan. De som medverkade på arbetsmötet uppmanades också att ge egna förslag på typer av samverkan respektive målsättningar.

Tabell 1: Förslag till kategorisering av delprojekt

Typ av samverkan	Målsättning som <u>i första hand</u> är i fokus
Standardisering, minska variationer, ”hitta gemensamt sätt”	Jämlikhet
Nivåstrukturering, koncentration	Kompetensförsörjning och kostnader
Utplacering av ny verksamhet	Kompetensförsörjning och kostnader
Samverka inom ramen för uppdelat ansvar (oftast genom chefssamråd)	Koordinerade helhetslösningar
Lärande, utveckling, lära av varandra	Jämlikhet, kompetensförsörjning, tillgänglighet
Stärka varandra (och länssjukhus) genom att omfördela patientvolymen	Tillgänglighet, skapa legitimitet för samarbete

Som nämnts i rapportens inledande kapitel finns det många olika typer av samverkan som var för sig kan syfta till att uppnå olika mål i varierande kontexter.

Den kategorisering av delprojekten som kansliet gjorde utifrån mallen rimmar också väl med denna bild. I bilaga 2 framgår det hur kansliet gjorde urvalen där en ”etta” står för den typ av samverkan respektive målsättning som kansliet tyckte var viktigast medan ett ”kryss” markerar sekundära val.

Vad gäller delprojekt som var avslutade och följts upp ansåg kansliet samverkanstyperna ”Standardisering/minska variationer/hitta gemensamma sätt” (8 ettor) samt ”Stärka varandra (och länssjukhus) genom att omfördela patientvolymen” (8 ettor) vara de viktigaste samverkanstyperna.

Vad gäller målsättningarna kan det konstateras att ”Tillgänglighet” (11 ettor) och ”Koordinerade helhetslösningar” (9 ettor) var de två dominerande målbilderna för avslutade delprojekt.

Vävs även kansliets sekundärt prioriterade samverkanstyper in för de avslutade delprojekten framträder delvis ett annat mönster. Samverkanstypen ”Lärande, utveckling, lära av varandra” finns med i nästan alla avslutade delprojekt (20 st kryss och 3 st ettor) och är därmed den samverkanstyp som sammantaget prioriteras näst mest inom Samverkan för bättre vård. Den samverkanstyp som har flest markeringar är ”Standardisering/minska variationer/hitta gemensamma sätt” med 19 stycken kryss och 8 stycken ettor.

Mönstret för målsättningarna med de initierade delprojekten ändras än mer påtagligt om de sekundärt prioriterade målsättningarna inkluderas. ”Jämlikhet” med 14 stycken x och en etta samt ”Kompetensförsörjning” med 11 stycken x och en etta förefaller också vara framträdande målbilder. Sammantaget är målsättningarna ”Jämlikhet”, ”Koordinerade helhetslösningar” (9 st ettor och fem st x) och ”Tillgänglighet” (11 st ettor och 3 st x) som är de mest framträdande, tätt följt av ”Kompetensförsörjning” (11 st x och en etta) och ”Skapa legitimitet för samverkan” (7 st x och 5 st ettor) enligt kansliets kategorisering.

3.2 GENERELLA INTRYCK AV DELPROJEKTENS RAPPORTER

Det finns, som tidigare påtalats, variationer mellan de olika rapporterna, både avseende förutsättningar, innehåll och form. Gällande förutsättningarna varierar dessa bl a mellan hur och av vem som initierat projekten och hur väl avgränsade projektet varit.

När det gäller innehållet framgår det att rapporterna skrivits av professionella för professionella. Det är föga överraskande och kanske också nödvändigt att olika professionella grupper använder sig av olika professionella språk. Men det

innebär också att mycket av det som skrivs blir underförstått och ibland också svårt att förstå för en lekman, t ex en politiker.

Beroende på vad projekten handlar om är det naturligt att rapporterna kommer att variera i omfattning, bredd, djup osv. Inte minst verkar kunskapsläget spela stor roll när rapporten skrivs. Om kunskapsläget är känt och delas av alla inblandade finns det av naturliga skäl inte så mycket skrivit om det i rapporten. Om det omvända råder, dvs att kunskapsläget inte är känt förekommer det att projekt backas upp av långa utredningar för att införskaffa data. Det kan också innebära att projekten, när nya data tillkommer, inte riktigt landar där man från början avsåg att landa. Trots att det kan finnas anledningar till varför variationer förekommer finns det kanske ändå anledning att fundera över hur omfattande en rapport skall vara. Det är svårt att identifiera någon övergripande strategi för vilka projekt som genomförts. Detta beror förmodligen till viss del på att projekten initierats från olika håll samt att det varit viktigare att påbörja arbeten med de olika projekten än att få till en övergripande strategi. Det kan innebära att det inte nödvändigtvis är de mest prioriterade områden, utifrån ett övergripande perspektiv, som utreds. En annan observation vid genomgången av rapporterna är att när väl projekten kommit igång sker det ibland förändringar avseende inriktning och förslag, dvs projekten tar en något annorlunda riktning än vad som var avsett från början. Det innebär inte att projekten är misslyckade men de landar inte alltid där de avsåg att landa.

Vad som också är värt att nämna är att de studerade projekten bedrivits under synnerligen besvärliga omständigheter med en covidpandemi som bland annat inneburit nedstängningar och omprioriteringar på många av de arbetsplatser där projekten bedrivits.

Förutom ovan nämnda observationer finns det också några mer strukturella variationer mellan rapporterna. Bland annat handlar det om hur väl de följer de mallrubriker som det är meningen att de skall följa samt vilka delar av mallen som fokuseras när rapporten skrivs. Detta fördjupas ytterligare i kommande två avsnitt.

3.2.1 Metodologiska överväganden och specifika intryck från delprojektens rapporter

Det är inte självklart hur kvaliteten i de rapporter som tagits fram inom ramen för SFBV skall värderas. Exempelvis vilar ett av delprojektens avrapportering tungt på två vetenskapligt granskade artiklar sprungna från projektet. Det kan ligga nära till hands att värdera den avrapporteringen högre än de som fyllt i den rapportmall som tagits fram för ändamålet (se bilaga 2)

Då det finns en uttalad rapportmall, som merparten också försökt följa, är det naturligt att den också utgör utgångspunkten för föreliggandevärdering av rapporterna. När vi har värderat rapporterna har vi varit tre stycken som läst alla rapporterna och därefter jämfört våra iakttagelser med varandra för att på så sätt, i de fall det behövts, stämma av olika tolkningar. Har rapporterna beskrivande texter och analyser i mallens dimensioner återspeglar dessa texter olika kvalitetsuttryck. Denna rapportmall ligger också i linje med den arbetsprocess som deltagarna i de olika delprojekten förväntas följa.

Hur väl rapporterna följer den mall som finns framtagna har emellertid inget att göra med hur framgångsrika projektens utfall varit. Ett lyckat projekt, utifrån de intentioner som funnits med projektet, kan mycket väl ha en bristfällig kvalitet på sin rapport. Det går naturligtvis att ha invändningar mot vår värdering men en efterlevnad av rapportmallen är också viktig då rapporten skall kommunicera projektets svårigheter/hinder och framgångar. Likaså går det att ha invändningar mot den gradering i relation till rapportmallen efterlevnad som gjorts vid den sammanställning som finns i bilaga 2. Sammantaget finns det 22 punkter i rapportmallen (se bilaga 2) som rapportförfattarna uppmanas fylla i. Om bara 1-4 punkter återfinns i rapporten räknar vi rapporten som dålig, om 5-8 punkter återfinns räknas den som svag, om 9-13 punkter återfinns räknas den som genomsnittlig, om 14-17 punkter återfinns räknas den som bra och slutligen om 18-22 punkter återfinns räknas den som utmärkt.

3.3 RAPPORTMALLEN - NULÄGE, ANALYS OCH FÖRSLAG

Rapportmallen de delaktiga i respektive delprojekt förväntas följa innehåller (förutom bakgrundsdata, målsättningar, deltagare, tidplan och uppdragets förutsättningar) tre innehållsmässigt centrala avsnitt som fokuseras i denna värdering; *Nuläge*, *Analys* samt *Förslag*. Varje avsnitt innehåller vidare ett antal beskrivningsdimensioner/aktiviteter som delaktiga i respektive projekt förväntas förhålla sig till/genomföra (se bilaga 3).

Vad gäller rapporternas *Nuläge* är rapporterna, kvalitets- och innehållsmässigt överlag mycket starka. Tre delar i *Nuläge* är påtagligt starka; Kartläggning av patient- och arbetsprocess, problem/utvecklingsområden och volymer. Tolkningen är att deltagarna i de initierade delprojekten funnit det värdefullt och nyttigt att tillsammans och över huvudmannagränserna diskutera och få en överblick av dessa processer, volymer och områden. Svagaste partierna i *Nuläge* är de dimensioner/aktiviteter som berör användning av kvalitetsregister och källa för data. Detta kan tyckas förvånande givet att det är professionella som varit

delaktiga i projektet. En förklaring kan vara, som vi tidigare berört, att data redan är kända av inblandade professioner. En annan tänkbar förklaring till att olika kvalitetsregister inte har använts i alla delprojekt är att de inte nödvändigtvis innehåller data som adresserar de frågeställningar som delprojekten fokuserat. Merparten av data som återfinns i rapporterna är hämtade från olika interna stödsystem då deltagarna arbetar med avgränsade organisatoriska enheter/verksamheter. Ibland återges var data är hämtad ifrån men det finns också exempel på data utan någon hänvisning till källa. Målgruppens förväntningar på denna typ av exakthet vad gäller data relevans och kvalitet samt deras grad av förtroende gentemot professionens trovärdighet spelar troligtvis också roll i detta sammanhang.

Oberoende av var data är hämtad ifrån är rapporternas *Analysdel* stark. Analys av framtagna fakta och avgränsning av projekten. Att den tredje dimensionen i Analysdelen, konsekvenser av projektets genomförande på närliggande områden, är svag kan troligen delvis kopplas till deltagarnas fokus och tydliga avgränsning på det som skall göras i projektet. Konsekvenserna av delprojekten är också något som enligt rapportmallen skall tas upp i Nuläge, men det har bara runt hälften av delprojekten gjort. Det kan också noteras att konsekvenser på närliggande områden inte alltid är så enkla att överblicka, dels för att det kräver kompletterande och ibland svårfångade data från huvudmännen dels för att det inte alltid finns klara och tydliga samband mellan gjord insats och dess effekter. Det sistnämnda gäller inte minst för konsekvenser som eventuellt sker utanför projektets organisatoriska gränser.

Vad gäller rapporternas *Förslag* är de över lag starka på konklusion, utformningen av samarbetet, långsiktighet, arbetsfördelning/ansvar och förankring av förslaget. En tolkning är att professionens ambitioner avseende samverkan är stark.

Att Förslagsdelen i de 22 rapporterna är svagare vad gäller implementering- och tidsplan beror troligen på många olika saker. En central sådan är emellertid projektgruppens formella mandat att definiera olika huvudmäns implementering och tidplan. Efter presentation till nämndens politiker är det upp till varje huvudman att implementera och realisera de olika delprojektens konklusioner. Här kan såväl de personella- som verksamhetsmässiga förutsättningarna variera mellan de fyra huvudmännen.

Svagast i rapporternas Förslagsdel är uppföljningskriterierna, HR -aspekter och ekonomiska effekter samt konsekvenser för närliggande område. Som vi förstått uppföljningskriteriernas roll i rapportmallen är tanken att de skall användas i den

uppföljning som kansliet skall göra ett år efter det att delprojekten avslutats. Av studerade delprojekt har 10 av dem följts upp en gång, Axelkirurgi del 1 och del 2 har följts upp två gånger¹. Uppföljningsrapporterna för varje delprojekt har varierande form och innehåll avseende vad som följs upp och hur denna uppföljning sker. Så länge de olika delprojektens ambitioner och analyser fortfarande är aktuella för de inblandade deltagarna behöver inte denna oklarhet över uppföljningskriterier vara problematisk. Det finns kvar en kunskap om och förståelse för vilka kriterier som kan vara relevanta att följa upp. Strävar man efter att följa upp mer långsiktiga effekter av vissa delprojekt kan det emellertid finnas behov av att i rapporterna fastställa vilka kriterier som kan vara aktuella att följa upp för de olika delprojekten. Utan fastställda kriterier för uppföljning (helst satta i samband med att projekt initieras) finns det vidare en risk för att hamna i fällan att följa upp det man gjort, vilket inte nödvändigtvis är detsamma som att följa upp det initiala uppdragets ambitioner.

Vad gäller HR-aspekter och ekonomiska effekter samt Konsekvenser på närliggande områden kan svagheterna inom dessa förslagsdimensioner sannolikt kopplas till samma typ av förklaringar som diskuterats ovan för Nuläge samt Analys. Förslagsdimensioner som inte ligger nära projektets kärna och frågeställningar har projektdeltagarna sämre kunskap om.

3.4 SUMMERANDE INTRYCK OCH SLUTSATSER

Befintlig rapportmall fyller en central roll för att strukturera de olika delprojektens beskrivningar av genomförda aktiviteter och projektens processer. Sammantaget kan det också konstateras att denna mall medfört att de olika rapporternas innehåll ger en väl grundad överblick över genomförda delprojekt. Även om det finns en variation inom de enskilda rapporternas tre huvuddelar och dessas beskrivningsdimensioner är följsamheten till mallen god. Delprojektens rapporter följer i betydande utsträckning rapportmallens centrala dimensioner för varje huvuddel (Nuläge, Analys och Förslag). 19 av 22 studerade delprojekt innehåller till exempel relevanta och fördjupade nulägesbeskrivningar. Vidare har alla

¹ Delprojekt 4; Del 1 (nyckelben) för att data inte inkommit från alla huvudmän vid första tillfället, del 2 (axelsmärta) för att följa upp i vilken mån de rekommendationer som SSVN beslutades efter första uppföljningen genomförts bland huvudmännen.

delprojekt genomfört tydliga avgränsningar och likaså innehåller alla rapporters slutsatser av genomfört delprojekt.

Den generella bilden är med andra ord att rapporterna håller god kvalitet men att det finns behov av utveckling inom vissa områden enligt ovan. När det i skrivande stund har gått ungefär fem år sedan start går det också att ställa sig frågan om rapportmallen har behov av revidering. Den variation som finns i rapporterna väcker inte minst frågor kring i vilken grad rapporterna kan användas som underlag för kommunikation, likaså går det att diskutera huruvida deltagarna i olika projekt kan hållas ansvariga för att precisera konsekvenser för omkringliggande områden då dessa förmodligen är svåra att överblicka.

Som konstaterats (avsnitt 3.2) har deltagarna i de olika delprojekten haft stora frihetsgrader vad gäller delprojektets genomförande. Detta har varit en framgångsfaktor för samarbetet mellan huvudmännen. Då vissa glidningar från det ursprungliga uppdraget och det som sedan genomfördes inom ramen för delprojekten framskyntar finns det anledning, inte minst för delprojektets uppföljning, att tydligare markera de motiv och övervägande som projektgruppen gjorde i samband med vägval och prioriteringar.

Kapitel 4

RESULTAT FRÅN INTERVJUER

4.1 ÖVERGRIPANDE INTRYCK FRÅN INTERVJUERNA

En analys av det samlade intervjumaterial som redovisas i detta kapitel visar att det finns många olika perspektiv på SFBV. Det gäller de som faktiskt arbetar i olika delprojekt, verksamhetschefers perspektiv, hälso- och sjukvårdsledningen på olika nivåer, samt berörda politiker. Perspektiven skiftar också mellan de fyra berörda regioner.

De som intervjuats har alla en roll i SFBV. De har därmed inblick i delprojekten och även de arbetsformer som används och vilka prioriteringar som görs. De menar samtidigt att SFBV sannolikt är anonymt ute i verksamheterna. Det finns en mängd olika styrsignaler för verksamheten att förhålla sig till och intresset (och möjligheten) att hålla isär dessa olika signaler anses begränsad. Det finns också en begränsad systemförståelse ute i verksamheterna, menar man. SFBV anses bli till en del av det ”moln” av styrsignaler som finns ovanför verksamheten och är vanligtvis långt ifrån enskilda medarbetares perspektiv. Från verksamhetens sida bedöms SFBV troligen utifrån vilka förslag som läggs fram och hur dessa presenteras av verksamhetschefer. Det är de konkreta förslagen och vilka som deltagit i delprojekten som har betydelse, snarare än att det finns något uppbyggt förtroende för eller kunskaper om SFBV.

Vi kan konstatera att en klar majoritet av de vi intervjuat har tillit och förtroende för SFBVs arbetsprocesser och menar att olika delprojekt skapat nytta. Vi noterar samtidigt att de flesta, personer i samarbetsgruppen och vid kansliet exkluderade, har ganska begränsad kunskap om hur delprojekt initieras och hur arbetsprocessen går till. Vi tolkar tilliten och förtroendet som att man helt enkelt litar på den kompetens och goda vilja som finns inom kansliet, samarbetsgruppen och i olika delprojekt. Flera av de uppfattningar och synpunkter som förmedlats i våra intervjuer har snarast ett ”perspektiv utifrån”. Även detta skulle kunna förklaras av att man i hög grad litar på arbetsprocesserna. En alternativ tolkning är att man själv inte anser att man kan påverka verksamheten i så hög grad. Arbetsprocessen och implementeringen av delprojektens resultat uppfattas som ”någon annans” ansvar.

Även om en klar majoritet av de som intervjuats anser att SFBV har genererat nytta finns olika uppfattningar om betydelsen av denna nytta. Implementeringen av regionövergripande rekommendationsbeslut anses allmänt vara SFBVs akilleshäl. Flertalet menar att SFBV borde adressera större projekt som leder till mer omfördelning av verksamheter och högre grad av regionövergripande samverkan. Samtidigt finns till viss del olika uppfattningar om bästa vägen framåt och hur regionövergripande samarbete bör bedrivas.

Det ska noteras att flertalet av de delprojekt som varit aktuella för SFBV under senare tid berört omfördelning av vård som konsekvens av att SUS har fått eller förväntas att få nationella högspecialiserade uppdrag. I takt med denna utveckling, som innebär att allt mer komplicerad vård förläggs till SUS, anser flertalet intervjuade att ”vanlig” och mindre krävande vård måste omfördelas till andra sjukhus. De som intervjuats kommer vid flertalet tillfällen tillbaka till denna typ av samverkansprojekt när framtida utmaningar och vägval diskuteras. Även när det gäller uppfattningar om initiering, bemanning och arbetsprocess förfaller den typen av aktuella delprojekt haft stor betydelse som intervjuades referenspunkt.

4.2 INITIERING OCH BEMANNING AV DELPROJEKT

Som konstaterats i kapitel tre finns stor spridning när det gäller olika delprojekts karaktär. Karaktären på olika delprojekt har också förändrats över tiden. Även om denna spridning och utveckling över tiden noteras bland de som intervjuats finns begränsade kunskapar om hur delprojekt initieras och om det finns särskilda kriterier för val av delprojekt. Vi noterar också att det finns begränsad transparens i dessa avseenden, t ex på SFBVs hemsida. De olika delprojekten beskrivs men en övergripande analys på ”portföljnivå” som beskriver olika delprojekts sammansättning vid viss given tidpunkt saknas. Oavsett karaktär och inriktning tillämpas samma mallar när det gäller arbetsprocesser, rapporter och uppföljning.

Sammantaget ger intervjuade en bild av att inspel till olika delprojekt kan komma från olika håll, även om det vanligaste är att inspel kommer från verksamheten. I detta sammanhang kan chefsrådet identifiera relevanta frågor men även agera som filter när man inte anser att ett visst delprojekt är lämpligt. Diskussioner om vad som är prioriterat, realistiskt och rimligt finns annars främst i samarbetsgruppen. Vi uppfattar att nyckelpersoner vid kansliet är drivande för att hålla dessa diskussioner hålls vid liv. Det finns exempel på delprojekt som initierats primärt av politiker. Det kan också gälla ”kända problem” och att politiker ställer krav på lösningar. Några av de intervjuade beskriver att regionövergripande rekommendationsbeslut i sådana fall sällan implementeras

som det är tänkt. Bristande förutsättningar för att lösa problemen finns i regel långt ute i verksamheten och under verksamhetschefsnivå.

På samma sätt som att det finns begränsad transparens när det gäller initiering av delprojekt gäller detta hur bemanningen går till. Det är allmänt känt bland intervjuade att det finns flera olika parametrar att ta hänsyn till, inte minst att relevant kunskap och berörda huvudmän är representerade. Flertalet menar att det är svårare för de mindre huvudmännen att bemanna olika delprojekt. Det finns också många parallella strukturer och nätverk, både regionalt och nationellt, som kräver bemanning från huvudmännen. I verksamheten prioriteras kliniken och mera akuta problem. Det kan leda till att delprojekt förvisso bemannas av relevant kunskap och representation från olika huvudmän, men att deltagarna av olika skäl prioriterar bort möten. Den typen av prioriteringar kan också leda till att delprojekt drar ut på tiden. I flera delprojekt menar man att Region Skåne i kraft av sin storlek, antal medarbetare och ett universitetssjukhus fått stor betydelse för bemanningen, något som de andra huvudmännen förefaller ha förståelse för.

För att skapa ett effektivt arbete i delprojekten anses valet av ordföranden ha mycket stor betydelse. En bra ordförande har en kunskapsmässig plattform som ger legitimitet och uppfattas som neutral och prestigelös. Andra positiva egenskaper hos en ordförande som nämns av de som intervjuats är ödmjukhet, att man är allmänt accepterad och har det bästa för patienten i fokus samt att man ”vill något”. En ordförande med dessa egenskaper ger i sin tur bra förutsättningar för att rekrytera lämpliga deltagare i delprojekt, deltagare som är villiga att prioritera möten och bidra till förändring och nytta.

Precis på samma sätt som att nyckelpersoner vid kansliet beskrivs som viktiga för initiering av delprojekt menar en majoritet av de intervjuade att systemkunskaper och personliga nätverk hos kansliet har stor betydelse för vem som blir ordförande och vilka som deltar i delprojekt. Det finns en trovärdighet och diplomatisk förmåga hos nyckelpersoner vid kansliet som leder till att tilltänkta ordföranden och deltagare i hög grad accepterar en medverkan i delprojekt.

4.3 ARBETSPROCESSEN FRAM TILL BESLUT I REGIONNÄMND

Det finns mallar för hur arbetsprocessen i delprojekt ska gå till och hur rapporter från delprojekt ska struktureras. I en del fall är frågeställningen mycket tydlig och specifik men det är påtagligt från våra intervjuer, inte minst från de som deltagit i delprojekt, att det i många delprojekt funnits stora professionella frihetsgrader. Motsvarande slutsatser kan dras om uppdragsbeskrivningar jämförs med

slutrapporters innehåll (se kapitel 3). Snarare än att detta lett fram till avvikelser jämfört med uppdragen kan sägas att flera delprojekt valt en inriktning utifrån det förhållandevis breda uppdrag som getts. Att uppdragen i många delprojekt är förhållandevis breda, med utrymme för olika prioriteringar beroende på bedömning av ordföranden tillsammans med deltagare, stämmer också med att flertalet delprojekt är svåra att knyta till bestämda målsättningar och syften. Vanligtvis går det istället att koppla samman delprojekt med flera olika målsättningar och syften (se kapitel 3).

Utfallet av professionsstyrningen har inte studerats närmare inom utvärderingens ram. Rent principiellt kan det finnas fördelar såtillvida att delprojekten fokuserar prioriterade frågor där de som deltar anser att det finns möjlighet att nå framgång och skapa nytta. Men det kan också finnas nackdelar och risk för att svåra men ändå viktiga frågor undviks. De flesta av de som intervjuats och som har uppfattningar i frågan tycks anse att fördelarna är större än eventuella nackdelar.

Även om det finns professionella frihetsgrader beskrivs kansliet som bra på "att kräva ordning och reda". Kansliet stämmer av löpande med ordföranden i delprojekt och efterfrågar rapporter och uppföljningar. Kansliet har i sin tur löpande avstämningar med samarbetsgruppen, chefsamrådet och ledningsgruppen. Vår bedömning efter intervjuer med deltagare i chefsamrådet och ledningsgruppen är att dessa i huvudsak har en passiv roll gentemot delprojekt. Man tar emot information som förmedlas genom kansliet och som man ges tillfälle att reagera på. Samtidigt menar man att kansliet är bra på att ställa krav när man måste "gå in och stötta" arbetsprocessen. De direkta avstämningarna mellan delprojekt och chefsamråd eller ledningsgrupp är sparsamma. Inför beslut i regionnämnden finns i regel en muntlig avstämning av projektresultat och förslag till beslut från ordförande i delprojekt till politisk styrgrupp. Denna avstämning inför beslut är uppskattad av såväl de ordföranden i delprojekt som de politiker vi intervjuat.

En vanlig utmaning i många delprojekt är att få fram relevant och jämförbar data som innebär att man har kunskap om och är överens om utgångsläget. Även om data finns är det inte säkert att den är jämförbar mellan regioner. Brister i data kan leda till att delprojekt inte kommer igång som planerats och även till bristande tillit och förståelse för varandras utgångspunkter. Flera av de som intervjuats och som medverkat i delprojekt beskriver hur hjälp från kansliet i detta avseende varit uppskattad och genererat nytta. Flertalet intervjuade med egen erfarenhet av delprojekt önskar också att det fanns mer kapacitet och kompetens som innebär att man kan få stöd när det gäller att beskriva utgångsläget utifrån olika datakällor.

4.4 BESLUT I REGIONNÄMND, IMPLEMENTERING OCH UPPFÖLJNING

En klar majoritet av de som intervjuats anser att implementeringen av regionövergripande rekommendationsbeslut är den stora utmaningen när det gäller SFBV. Utifrån en analys av det som lyfts fram i intervjuer är det dock tydligt att problemen inte enbart handlar om implementeringen utan även vilken typ av beslut som fattas. Flera av de som intervjuats med egna erfarenheter av delprojekt beskriver hur beslutsformuleringen är en balansgång mellan olika intressen och perspektiv. Enskilda huvudmän kan tycka att man inte ska lägga organisatoriska förslag eftersom detta anses vara en fråga som varje enskild huvudman äger själv. Det innebär att regionnämndens beslut ofta innehåller frihetsgrader som balanserar önskemålen om utveckling och förändring i samverkan och respekt för varje huvudmans egna beslut. Några intervjuade beskriver tillfällena då man fått backa från formuleringarna och uttrycka sig på annat och ”vagare” sätt för att få acceptans för besluten. En sådan utveckling kan i sin tur innebära att det blir svårare att hålla enskilda huvudmän ansvariga för att de regionövergripande besluten omsätts i beslut för den egna organisationen. Eftersom de regionövergripande besluten endast är rekommendationer finns det dessutom ingen enskild part som kan utkräva ansvar om huvudmännen inte fattar några egna beslut. En vaghet i de regionövergripande besluten sammantaget med bristen på ansvarsutkrävande påverkar i vilken grad enskilda huvudmän känner sig dels manade att fatta egna beslut, dels motiverade att implementera dessa.

Oavsett dessa förutsättningar beskriver flera av de som intervjuats att många delprojekt kräver mer involvering av linjeorganisationen tidigt i processen för att lyckas. Om linjeorganisationen blir involverad sent, kanske först efter att regionnämnden fattat beslut, finns dåliga förutsättningarna för att åstadkomma förändring och utveckling i samverkan. Ett problem i detta sammanhang är att det finns olika ”styrkulturer” och sätt att organisera verksamheten bland medverkande huvudmän. Linjeansvar betonas i högre eller lägre grad; det man är chef över kan variera. Även om linjeorganisationen involveras tidigt är det inte självklart att man enkelt kan komma överens om vilka tidiga insatser som krävs och av vem. Andra intervjuade beskriver det som att det saknas en gemensam ”struktur” som innebär att de beslut som fattas av regionnämnden kan omvandlas till ”verkstad” i den ordinarie verksamheten. Ytterligare andra beskriver att det finns ”höga trösklar” i övergången från delprojekt till verksamhet. Delprojekten är ett projekt som styrs av andra och på ett annat sätt jämfört med de villkor och förutsättningar som gäller för den löpande verksamheten i linjen.

Intervjuades uppfattningar om uppföljningen av olika delprojekt är vaga. Man känner till många olika delprojekt och vad de kommit fram till, men är i mindre grad informerad om implementeringen eller uppföljningen. Mera generellt menar flertalet av de som intervjuats att uppföljningen till alltför stor del görs när det finns ”entusiasm kvar i projekten”. Flertalet menar att ambitionsnivån borde höjas, inte minst när det gäller att följa upp på längre sikt. På detta sätt menar man även att uppföljningen kan fokusera på och bidra till lösningar på de implementeringsproblem som ofta uppstår.

4.5 INTERVJUADES UPPFATTNINGAR OM RESULTAT OCH NYTTA

En klar majoritet av de som intervjuats menar att SFBV är ett bra sätt att samverka regionövergripande. Det finns goda intentioner. Delprojekten har gett möjlighet att fokusera på ett antal identifierade problem. Behovet av regionövergripande samverkan anses också öka, inte minst för att klara utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen och en fortsatt nivåstrukturering när det gäller specialiserad vård, både nationellt och regionalt. Samtidigt med denna positiva grundsyn finns mer kritiska uppfattningar när det gäller de resultat och den nytta som genererats. Flera intervjuade pekar på att det är mycket jobb med möten och förankringar.

Ett problem som intervjuade återkommer till är brister när det gäller implementeringen av de beslut som fattas. Dessa brister hämmar också den upplevda nyttan. ”Man levererar rapporter, men ändå händer inget.” Problemet upplevs vara känt och allmänt diskuterat. Flera intervjuade från ledningsgrupp, chefsamråd och politiker menar att nuvarande struktur för samverkan ”tar små delar men inte helheten”. Detta problem kopplas av några också samman med att det saknas ett övergripande politiskt ledningsperspektiv. Delprojekten är till stor del professionsdrivna, vilket får som konsekvens att frågorna inte bereds tillräckligt väl i linjen. Det kan finnas stort engagemang i delprojektet och när beslut fattas, men detta överförs inte till motsvarande ”tryck och tyngd i linjen”.

De som intervjuats menar att ekonomin liksom HR-frågor ofta hamnar ”på efterkälken”. Det stämmer också väl med vår tidigare analys av rapporter i kapitel 3. Flera intervjuade menar att en omfördelning av verksamheter behöver följas av finansiering och reviderade budgetar, vilket är frågor som delprojekten inte förfogar över. För att möjliggöra större omfördelningar ställs krav på en övergripande strategisk och långsiktig plan som är gemensam för regionerna.

Sjukhus kan inte rekrytera personal utifrån resultaten av enskilda samverkansprojekt. Företrädare för i synnerhet mindre regioner menar att de egna sjukhusen måste kommunicera vilken verksamhet man vill ha långsiktigt, snarare än att ta emot de delar som universitetssjukhuset inte vill ha.

Även om en majoritet av de intervjuade är överens om brister i resultat och nytta menar de flesta av de som intervjuats att starten för SFBV varit ändamålsenlig. De projekt som genomförts hittills har trots allt skapat en plattform och legitimitet för att lösa uppgifter som hade varit svår att uppnå om man varit mera ambitiös från start. Vi tolkar detta som att många, trots problemen, är nöjda med starten för SFBV, men att man nu ser behov av att ”växla upp” för att klara vårdens svåra utmaningar i framtiden.

I sammanhanget pekar de intervjuade även på många positiva sidoeffekter av samverkansprojekten. Det är främst intervjuade som medverkat i delprojekt och som står närmare verksamheten som kan ge exempel på vad som beskrivs som ”ringar på vattnet”. Exempel på vad som beskrivs som positiva sidoeffekter är investeringar i nätverk och en ökad förståelse för varandras verksamhet och att förutsättningarna kan variera. En av de som intervjuats beskriver att ”det är svårare att kasta skit på varandra om man träffats och diskuterat”. Ytterligare intervjuade beskriver att många små förändringar kan leda fram till att man senare kan genomföra en större förändring. Dessa mönster blir dock tydliga först i efterhand. Vår egen tolkning av intervjuerna och vilka personer som kan ge exempel på positiva sidoeffekter är att dessa ”ringar på vattnet” är svåra att observera ovanför verksamhetsnivån.

4.6 INTERVJUADES UPPFATTNINGAR OM FRAMGÅNGSFAKTORER

Intervjuade personer kan ge flera exempel på framgångsfaktorer när det gäller de delprojekt som genomförts hittills. ”Framgång” avser då den nytta som genererats i delprojekt och vid framtagande av rapporter. Som framgått är flera intervjuade osäkra på i vilken grad SFBV kan betraktas som framgångsrikt om implementeringsproblemen beaktas.

Sett till den nytta som faktiskt genererats lyfter flertalet intervjuade fram vikten av att välja rätt delprojekt, att det finns ett engagemang i verksamheten från början och en samsyn om frågans betydelse bland huvudmännen. På samma sätt anses det viktigt att rekrytera rätt personer till delprojekten. ”Rätt” personer avser både att relevant kompetens och representation från huvudmän och vårdgivare finns

med, men även att medverkande personer ”vill något” och har ”det bästa för patienten” i fokus. En ordförande som uppfattas som neutral, accepterad, ödmjuk, prestigelös och med en kunskapsmässig plattform som ger legitimitet anses av flertalet intervjuade ha avgörande betydelse för att nå framgång i delprojekt.

Både när det gäller initiering av delprojekt respektive val av deltagare och ordföranden lyfter flera intervjuade fram den centrala betydelse som nyckelpersoner vid Södra sjukvårdsregionens kansli haft. Kansliet upplevs ha ”järnkoll” på alla delprojekt, man ”stöttar och ser möjligheter” och ”håller ihop och maler på”. Vi uppfattar att kansliet har ett högt förtroende bland de som intervjuats och att detta i sin tur varit en viktig framgångsfaktor när det gäller att initiera delprojekt och leda dem fram till regionövergripande beslut. Kansliets har däremot inget mandat i samband med implementeringen av beslut. De intervjuade har också svårare att ge exempel på framgångsfaktorer i denna del av processen, vilket också är naturligt eftersom implementeringen allmänt anses vara den svaga länken i SFBV. Flera av de som intervjuats menar att framgångarna när det gäller implementeringen är begränsad, eller att delprojekten varit för avgränsade. Andra intervjuade menar dock att det sällan är bra att tvinga fram beslut i enskilda regioner. Det är svårt att förändra arbetssätt och invanda mönster. Det anses istället bättre att ha tålamod och arbeta långsiktigt, t ex genom att lyfta fram goda exempel och försöka inspirera till förändring genom att peka på förbättringar för patienterna. Det är i första hand den professionella tillfredsställelsen som är belöningen när man lyckas med projekten, menar man. I detta sammanhang lyfter också flera av de som intervjuats fram vikten av att ha en kontinuitet bland de chefer som ska svara för implementeringen. Mycket anses gå förlorat när chefer byts ut och förändringsarbetet och dess grunder kanske omprövas.

4.7 INTERVJUADES UPPFATTNINGAR OM HINDER

Vår tolkning är att de som intervjuats har en tydligare och mera gemensam uppfattning om hinder för samverkan jämfört med uppfattningar om framgångsfaktorer. Det tror vi kan förklaras av att det finns delvis olika uppfattningar om vilken typ av projekt som SFBV bör ta sig an. De som menar att SFBV ska ta ”större grepp” är mera missnöjda med nyttan så här långt, särskilt när det gäller implementeringen av beslut. Det leder också till större svårigheter att identifiera framgångsfaktorer. Mera generellt har vi utifrån intervjuerna identifierat tre olika kategorier av hinder: administrativa regler, ekonomi och ekonomistyrning; strukturer och kompetenser; samt motivation.

En första kategori av hinder som intervjuade refererar till har att göra med olika administrativa regler, ekonomi och ekonomistyrning. De regioner som samverkar har t ex olika journalsystem och separata väntelistor för vård. Det kan i detta sammanhang också finnas juridiska hinder som innebär att man inte utan vidare kan slå samman information eller göra den tillgänglig för personer i andra regioner. En annan typ av hinder är att budgetar och ersättningsprinciper kan motverka försök till samverkan och att man skickar patienter mellan regioner. För omfördelning av enstaka patienter finns i regel inga problem. Sådan omfördelning kan hanteras med befintliga ersättningar för utomlänspatienter. Vid större omfördelningar krävs dock reviderade budgetar och ersättningsprinciper som underlättar snarare än motverkar samverkan.

En andra kategori av hinder som intervjuade refererar till är att det saknas strukturella och kompetensmässiga förutsättningar för mer samverkan. Varje sjukhus kämpar med sina problem, som oftast är akuta och ändras dag från dag. Det gäller bemanning av specialistläkare men kanske i första hand sjuksköterskor som innebär att man kan öppna upp vårdavdelningar och operationssalar efter behov. När det gäller att rekrytera och behålla personal är både sjukhus och regioner till stor del konkurrenter snarare än samverkansparter. Både läkare och sjuksköterskor kan genom egna individuella beslut snabbt ändra förutsättningarna. En god bemanning vid viss verksamhet på visst sjukhus kan snabbt förvandlas till "kris" om nyckelpersoner väljer att lämna. Sådana beslut att lämna viss verksamhet kan i sin tur ha en koppling till missnöje med strukturella förändringar, t ex att viss specialiserad verksamhet inte längre ska bedrivas.

En tredje kategori av hinder är brister i motivationen. Våra intervjuer indikerar att brister i motivationen kan finnas på alla nivåer i verksamheten, inklusive i ledningen och bland politiker. Flera intervjuade menar att regionpolitiker vill äga sina frågor. Regionpolitiker vill därför inte att regionövergripande nivåer ska ha alltför stort inflytande. Motsvarande incitament kan finnas hos den övergripande ledningen i respektive region. Direktörer är ansvarig för sin respektive linjeorganisation och det är därför naturligt att man i första hand optimerar verksamheten inom detta ansvar. Även om både politiker och ledningen kan vara överens om vikten av regionövergripande samverkan kommer denna typ av frågor i andra hand i den dagliga verksamheten, menar flera intervjuade. Flera menar också att större förändringar förutsätter att politiker och ledningen ändrar sina arbetssätt. Det måste finnas en gemensam syn på utmaningar och hur de ska lösas samt en gemensam kapacitetsplanering. Denna gemensamma syn och planering kan sedan respektive sjukhus utgå ifrån och förhålla sig till när man utvecklar sin verksamhet och säkerställer relevant kompetensförsörjning.

Det är tydligt att brister i motivationen inte enbart eller kanske ens framför allt handlar om den övergripande politiska och administrativa nivån. Brister i motivationen finns också i verksamheten. Till en del handlar hindren om att varje verksamhet fokuserar de egna akuta problemen, inte minst när det gäller bemanningen och att klara den egna väntelistan. Men intervjuade ger också exempel på andra förklaringar som mer handlar om vad man vill göra utifrån den egna professionella identiteten. Flera intervjuade nämner att det finns återkommande diskussioner om vilken roll verksamheten vid SUS ska ha jämfört med andra sjukhus, vilket spiller över på Region Skånes roll jämfört med övriga huvudmän. Det kan finnas bristande incitament eller möjligheter att ta emot verksamheter från SUS, bl a eftersom det då blir svårare att klara den väntelista man redan har. Å andra sidan vill inte alltid SUS lämna ifrån sig enklare vård, bl a med hänvisning till sitt utbildnings- och forskningsansvar. Flera intervjuade menar att den typen av diskussioner kring ”vi och dem” ofta ger ”dålig energi”.

Utifrån intervjuerna ges flera exempel på att motivation i verksamheten inte enbart handlar om att få verksamhetscheferna att komma överens. Även om chefsamrådet är överens om att viss samverkan behövs och bör genomföras kan det vara ”låst” ute i verksamheten. En intervjuad beskriver hur samverkansproblemen då kan lyftas till politisk nivå. Det kan skrivas avtal om omfördelning av volymer men i praktiken händer ändå ingenting eftersom motivationen ”under chefsamrådsnivå” saknas.

4.8 INTERVJUADES UPPFATTNINGAR OM VÄGAR FRAMÅT

Det finns en gemensam uppfattning bland de som intervjuats att behovet av samverkan över regiongränser och även nationellt för att klara vårdens utmaningar har ökat. På samma sätt anses det bra med en struktur och ”neutral arena” motsvarande SFBV där man kan lyfta in regionövergripande samverkansfrågor. Det finns dock delvis skilda uppfattningar om bästa vägen framåt för SFBV. Det finns många intervjuade som anser att det inte får bli för många delprojekt som initieras samtidigt. Bättre att ”landa det man startat” och hålla i de befintliga delprojekten under längre tid. I detta sammanhang menar flertalet intervjuade att ambitionsnivån när det gäller uppföljningar bör öka. Det gäller både att uppföljningen görs under längre tid och att inte minst patientperspektivet får ökad betydelse och tyngd. Delprojekten bör också vara tidsatta och uppföljningsbara från start så att ansvarsutkrävandet underlättas. Samtliga dessa uppfattningar om vägar framåt stämmer väl överens med att implementeringen av delprojekt uppfattas som den största utmaningen. Samtidigt

kan noteras att de inte utgör någon egentlig lösning på strukturella hinder eller brister i motivationen.

Flera av de som intervjuats, i synnerhet från ledningen och bland politiker, menar att man borde försöka göra något mer av SFBV. Delprojekt försöker lösa små bitar men antar inte de stora utmaningarna. Som nämnts tidigare kan dessa synpunkter till stor del kopplas samman med delprojekt inom SFBV som syftar till att omfördela verksamheter mellan sjukhus, bl a som konsekvens av att SUS fått eller förväntas få nationell högspecialiserad vård. Innebörden av ”större grepp” varierar. Bland några intervjuade avses att större volymer av t ex kirurgisk behandling bör vara i fokus vid omfördelar. Andra menar att delprojekt ska fokusera breda frågor om kompetensförsörjning snarare än smala spår kopplat till volymer av verksamhet. De personer som lyfter denna typ av förslag för SFBV är väl medvetna om följdkraven. Det gäller att det finns gemensam målbild och kapacitetsplanering och att ekonomi- och HR-funktioner i respektive region ger stöd för de större projekten. Det blir väsentligt att viljan till förändring ”finns i linjen” snarare än i projekt inom ramen för SFBV.

Även om behovet av omfördelningar mellan sjukhus för att klara världens utmaningar delas av de flesta är det också flera som lyfter att det finns problem vid ett eventuellt genomförande. Var kompetensen finns är avgörande och inte alltid så lätt att påverka som man kanske tror när centrala planer upprättas. Detta perspektiv betonas särskilt av intervjuade som står nära verksamheten. Det kan också finnas oenigheter om vilken omfördelning som är bäst för patienterna. Nationella uppdrag innebär att SUS blir ”sista utpost” och får mer komplicerade insatser. Det är därför inte självklart att man kan vara produktionsenhet för vanligare ingrepp på samma sätt som andra sjukhus. De mindre sjukhusen kan å andra sidan inte bara ta ”det som SUS inte vill ha”, menar flera intervjuade, utan måste ha kvar viss kvalificerad verksamhet för att kunna rekrytera den kompetens som behövs. De mindre sjukhusen måste därför bli tydligare ”vad man vill ha”, menar man, vilket inte säkert överensstämmer med vad SUS anser lämpligt att lämna ifrån sig. Patienter kan också ha synpunkter på den vård man får, man kan vilja ha vården den samlad på ett ställe snarare än uppdelat. Sådana faktorer och hinder kan leda till att förändringar tar lång tid att genomföra. Det måste även finnas beredskap för att det kan uppstå bakslag.

Kapitel 5

VÅR EGEN ANALYS AV FRAMGÅNGSFAKTORER OCH HINDER FÖR REGIONÖVERGRIPANDE SAMVERKAN

Vi kan konstatera att många av de framgångsfaktorer och hinder som lyfts fram av intervjuade motsvarar de som återfinns i generell litteratur och utredningar om samverkan. Vi har tidigare (kapitel två) beskrivit hur erfarenheter från olika samverkansprojekt betonar vikten av att inkludera intressenter och välja medverkande som delar en vision där det finns tillit och ömsesidigt förtroende för varandra, vilket understöds av en öppen kommunikation, lämplig fördelning av makt och inflytande och ett stöd från den övergripande styrningen och ledningen.

På en övergripande nivå menar vi att två faktorer haft särskild betydelse när det gäller SFBVs framgång. För det första menar vi att nyckelpersoner vid Södra sjukvårdsregionens kansli haft stor betydelse för delprojektens förmåga att komma fram till rapporter och regionövergripande beslut. Kansliets förmåga att ”ha örat mot rälsen” för att fånga upp idéer och behov, i kombination med kunskapen och förståelsen för systemet och personliga nätverk har haft stor betydelse för val av delprojekt samt rekryteringen av deltagare inklusive ordförande. Vi menar därutöver att existerande professionella frihetsgrader i delprojekten, att SFBV kan beskrivas som professionsorienterat, kan beskrivas som en framgångsfaktor. Det ska noteras att båda dessa framgångsfaktorer avser förmågan att driva delprojekt fram till rapport och regionövergripande beslut. Framgången när det gäller implementeringen av beslut är som redan påtalats mera begränsad.

Samtidigt som professionsorienteringen kan sägas ha underlättat arbetsprocessen i delprojekten kan samma faktor bidra till att implementeringen blir mer utmanande. Vi menar att här finns något av ett dilemma. Tydligare förväntningar och tidsplaner för delprojekten kan ge bättre förutsättningar för linjeorganisationen att förbereda en implementering av besluten, men det är samtidigt osäkert om arbetsprocessen i delprojekten underlättas.

Utifrån intervjuerna har vi tidigare identifierat tre olika kategorier av hinder för att implementera samverkansbesluten: administrativa regler, ekonomi och ekonomistyrning; strukturer och kompetenser; samt motivation. Vi uppfattar att

de senare kategorierna är svårast att hantera. Även om det finns en vilja kan det ta lång tid att genomföra de förändringar som anses önskvärda, inte minst när det gäller att rekrytera och behålla den kompetens som behövs. Brister i motivationen bedömer vi som det största hindret för att nå mer framgång när det gäller implementeringen av SFBV. Motivation är även en förutsättning för att komma tillrätta med de administrativa och strukturella/kompetensmässiga hinder som beskrivits.

Som tidigare noteras finns brister i motivationen på alla nivåer, även om de inte behöver uppstå på en och samma gång. I vissa fall saknas en politisk vilja, i andra fall brister motivationen långt ute i verksamheten. Vi menar att brister i motivationen kan ha en relevant saklig grund, t ex oenighet när det gäller vad som är bäst för patienterna. I andra fall handlar det om att de egna problemen och ett kortsiktigt perspektiv prioriteras högre än de värden som skulle kunna uppnås gemensamt och långsiktigt genom samverkan. Det går inte att komma ifrån att vården är pressad av vardagliga och akuta problem. Så kommer det med all sannolikhet att vara även i framtiden. Det finns ofta begränsat utrymme för reflektion om hur framtida utmaningar ska hanteras och att delta i samverkansprojekt med andra verksamhetsföreträdare. Med nuvarande uppdelning i olika regioner som var och en har sina egna linjeorganisationer kommer det även i framtiden att uppstå konflikter mellan att samverka och att fokusera på egna mål och agendor. Kompetensförsörjningen är utmanande för alla, vilket leder till konkurrens om att rekrytera och behålla personal. Vi tror inte att denna situation med att samtidigt vara konkurrenter och behöva samverka går att ändra på. Vi kan konstatera att det finns en rad andra verksamheter som kännetecknas av motsvarande villkor, och att detta inte hindrat olika former av samverkansprojekt.

Kapitel 6

ÖVERGRIPANDE UTMANINGAR OCH ETT STRATEGISKT VÄGVAL FÖR SFBV

I stort sett alla som intervjuats menar att det finns stora och växande behov av regionövergripande samverkan. Vi håller med om denna slutsats och konstaterar att flera faktorer bidrar till ett ökat samverkansbehov. Vi delar också intervjuades syn på alla de utmaningar som kan uppstå i delprojekten. I det här avsnittet ska vi istället fokusera på vad allt detta betyder för SFBV.

Av våra intervjuer har framgått att det inte alltid är lätt att separera delprojekt inom SFBV från andra liknande samverkansprojekt som drivs av andra och på annat sätt. Vi menar att detta problem med all sannolikhet blir större ju närmare verksamheten man rör sig. Det finns många parallella spår som bedriver arbete som andra kan tycka liknar det arbete som SFBV gör. Det kan avse nivåstrukturering inom regionerna (det finns t ex pågående arbete i Region Skåne) eller bilaterala samverkansprojekt mellan enskilda regioner (t ex mellan Blekinge och Kronoberg), arbete inom RCC syd eller Kunskapsstyrningsorganisationen eller samverkan när det gäller kvalitetsutveckling och FoU. Vi menar att det är utmanande att sätta SFBV på ”kartan”. Vi menar att det förmodligen är få beslutsfattare som vet hur ”kartan” i sin helhet ser ut. En första utmaning för SFBV är därför att förstå vilka andra aktörer som arbetar med liknande frågor och vilka arbetsformer som används. Denna förståelse blir i sin tur avgörande för förmågan att initiera ”rätt” delprojekt. I detta sammanhang blir kansliets systemkunskap och systemförståelse av stor betydelse, liksom det personliga nätverket hos nyckelpersoner inom kansliet.

Vi menar att ”samverkansbehoven” inte är homogena utan varierar och därför kräver olika typer av arbetsprocesser och styrning. En andra övergripande utmaning för SFBV är att vara medveten om de specifika utmaningar som finns i olika typer av samverkansprojekt, och därefter välja en arbetsprocess och styrning som kan ge tillräckligt stöd för att lyckas givet förutsättningarna. Samverkan som handlar om att jämka samman vårdprogram, att se till så att befolkning får tillgång till god vård på lika villkor, framstår som enklast såtillvida att samverkan i huvudsak avser framtagande av en gemensam policy. Det krävs ingen gemensam plan från politikernas eller ledningens sida när det gäller implementeringen. Det

kan finnas omfattande krav på förändringar och investeringar för var och en av de som samverkar, men resultatet av en viss huvudmans implementering beror inte på implementeringen bland andra huvudmän. Samverkan genom gemensamma investeringar, t ex luftburna ambulanstransporter, framstår ur det perspektivet som svårare. Politiker måste komma överens om att denna investering är en bra idé utifrån ett behov som utretts. Därefter ska den nya verksamheten finansieras gemensamt; olika berörda verksamheter anpassas. Omfördelning inom befintliga verksamheter förefaller svårast. Vid sådan samverkan är en gemensam policy enbart första steget. Det går förmodligen inte att undvika att några av de verksamheter som berörs kan uppfatta sig som förlorare eller vinnare. Därefter behövs en gemensam plan för implementeringen eftersom allt hänger samman. Det går inte att anpassa verksamheten i ett led samtidigt som implementeringen uteblir i andra led.

Att samverka genom att omfördela verksamheter mellan sjukhus medför således helt andra krav jämfört med att jämka samman vårdprogram så att vården blir jämlik. I detta sammanhang finns också ett strategiskt vägval när det gäller användningen av SFBV. SFBV kan bidra till utveckling av en gemensam policy för omfördelning av verksamheter inom specifika områden, men kan inte ta ansvar för implementeringen. Vid omfördelning som omfattar större volymer behövs i första hand en gemensam kapacitetsplanering. Utan en sådan gemensam kapacitetsplanering och ett förtydligande vilken roll olika sjukhus ska ha är det svårt för verksamheter att ”samverka”. En sådan gemensam planering kan också behöva involvera den ”nära vården”. I praktiken är det förmodligen svårt att utforma och genomföra planer enligt en helt linjär process. Planer behöver revideras. Även när planer finns på plats tar det förmodligen lång tid att förändra inriktningen vid olika sjukhus.

Många av de som intervjuats ser fördelar i att initiera färre nya delprojekt inom ramen för SFBV. Vi uppfattar att man då i första hand tänker på samverkan som handlar om omfördelningar inom befintliga verksamheter. Även andra synpunkter som framkommit stämmer överens med en inriktning där SFBV kraftsamlar och genomför större delprojekt samtidigt som man ger bättre stöd åt en implementering av beslut. Vi håller till viss del med om dessa synpunkter. Vi menar att det som främst sätter gränser för hur många delprojekt som kan hanteras samtidigt är kansliets, arbetsgruppens respektive ledningens kapacitet. Dessa krav beror i sin tur på vilken typ av delprojekt som initieras. För att ge stöd åt delprojekt som syftar till omfördelning av verksamheter krävs mycket stöd. Vid andra typer av delprojekt kan arbetet till större del bedrivas i arbetsgrupperna. En begränsande faktor är också att olika delprojekt måste bemannas med

medverkande från olika huvudmän och verksamheter. Detta är en utmaning för i synnerhet de mindre huvudmännen. Med många delprojekt kan det finnas risk för obalanser i delprojektens sammansättning, att de mindre huvudmännen och verksamheterna får svårare att medverka. Sådana obalanser kan i sin tur påverka delprojektens legitimitet negativt och att samverkansbesluten blir svårare att implementera. Latenta motsättningar mellan ”vi och dem” kan bli manifesta.

Mot bakgrund av vårdens utmaningar kan de höga förväntningarna på SFBV förstås och det är svårt att vara motståndare till behovet av förändring och nya lösningar. Vi menar samtidigt att det finns risk för att de höga förväntningarna inte kan realiseras inom nuvarande former för SFBV. Samverkan inom SVBV bedrivs i projektform vid sidan av regionernas linjeorganisationer. Det är inte helt enkelt att överföra delprojektens resultat till åtgärder i respektive huvudmans linjeorganisation. De beslut som fattas har dessutom karaktären av rekommendationer och ”mjuka” överenskommelser. Varje region kan i princip välja att förhålla sig besluten utifrån egna mål och prioriteringar. SFBV kan påtala problem och ställa frågor, bli genom bättre uppföljning och ökad transparens. Det är dock politiker och chefer i linjeorganisationen hos respektive region som äger implementeringsfrågan.

Vi är därför tveksamma till att ”större grepp” inom ramen för nuvarande arbetsprocess och rekommendationsbeslut löser de implementeringsproblem som finns. ”Större grepp” kan leda till att implementeringsproblemen blir mera synliga, vilket kan vara bra. Men det är också möjligt att det förtroende som trots allt finns för den nuvarande professionsorienterade arbetsprocessen inom SFBV påverkas på ett negativt sätt. De slutsatser som tidigare dragits av både RRV och Statskontoret när det gäller statlig styrning genom överenskommelser ger också viss vägledning. Båda myndigheterna pekar på att denna form av styrning kan skapa nytta om syftet är att ta fram en gemensam policy. Om styrningen syftar till implementering utifrån definierade mål och tidsplaner är i synnerhet Statskontoret mera tveksamt. Implementering och genomförande av lagar och förordningar bör istället ske inom ramen för den ordinarie styrningen och linjeorganisationen.

Kapitel 7

FÖRSLAG OCH REKOMMENDATIONER

Utifrån vårt insamlade material och en bedömning av framtida behov har vi en rad förslag och rekommendationer om hur vi tror att SFBV kan stärka sitt arbete och skapa mer nytta. Vår bedömning är samtidigt att SFBV kommer ha svårt att svara upp till de höga förväntningar som finns när det gäller omfördelning av specialiserad vård. Vi menar att en sådan ambition kräver en större initial samsyn mellan regionerna som mynnar ut i en gemensam och långsiktig kapacitetsplanering. Som flertalet intervjuade påpekat måste linjeorganisationen ha ett tydligare ansvar för implementeringen, vilket även innebär att de måste vara med från början i delprojekt som initieras. Det räcker förmodligen inte med regionövergripande ”mjuka” rekommendationsbeslut, som varje region kan välja att förhålla sig till på olika sätt och utifrån egna mål och prioriteringar. Ledarskapet för en få till en sådan förändring kan knappast komma från SFBV, även om man kan peka på behovet. Om man trots allt försöker genomföra delprojekt som ”tar större grepp” inom SFBVs nuvarande ramar tror vi sannolikheten för att lyckas bättre än idag är ganska liten. Vi befarar också att en sådan ambition kan få negativa effekter för det förtroende för SFBV som trots allt byggs upp över tiden.

Vår bedömning är att SFBV själva enbart kan agera utifrån nuvarande ramar. Utifrån denna utgångspunkt har vi en rad förslag och rekommendationer för den fortsatta utvecklingen. Vår bedömning är att dessa förslag och rekommendationer också är relevanta om det skulle skapas förutsättningar för att initiera delprojekt som syftar till större omfördelningar inom befintliga verksamheter.

7.1 FÄRRE DELPROJEKT SOM FÅR MER OCH BÄTTRE STÖD OCH FÖLJER OLIKA ”MALLAR”

En fokusering på färre delprojekt ger större möjligheter att ge bättre stöd från kansliet, arbetsgruppen, chefsrådet och ledningen. För kansliets del kan t ex möjligheten till stöd i början av delprojektet utökas. Det kan handla om insamling, analys och presentation av data. För både kansli, arbetsgrupp, chefsråd och ledningen handlar det också om att ha kapacitet att ”driva på” delprojekten och förbereda för en implementering av de beslut som fattas. En

ökad kraftsamling och längre tidshorisont när det gäller uppföljning innebär att delprojekten blir aktuella under längre tid, varför det också är rimligt att det inte startas lika många nya delprojekt. En uppföljning under längre tid och ökad transparens kring uppföljningens resultat kan sätta mer ljus på SFBVs akilleshäl – implementeringen av regionövergripande beslut.

En utveckling mot färre delprojekt ställer krav på prioriteringar och vilka kriterier som ska användas som grund för dessa prioriteringar. Som vi redovisat i genomgången av intervjumaterialet har transparensen i detta avseende hittills varit begränsad. Vi menar att det finns många skäl att förtydliga vilka samverkansproblem som SFBV prioriterar och vilka kriterier som ligger till grund för beslut att SFBV ska ta sig an visst problem. Genom transparenta prioriteringar och kriterier blir det enklare att kommunicera till andra vad SFBV gör, vilket också innebär att gränssnitten till andra liknande arbetsprocesser regionalt, regionövergripande och nationellt tydliggörs. Transparenta prioriteringar och kriterier är också viktigt för att uppnå rättvisa beslutsprocedurer. Om prioriteringar förtydligas blir det också enklare att avgöra vad som kan och bör göras av andra. Utifrån en genomgång av delprojekten kan man t ex diskutera om en del frågor borde ha lösts av chefsamrådet direkt. En sådan princip får dock vägas mot de fördelar som kan finnas när delprojekt ges legitimitet genom regionövergripande politiska beslut.

Även om vi förespråkar tydliga och transparenta prioriteringar och kriterier, menar vi att möjligheten för SFBV att engagera sig i olika typer av projekt bör behållas. Ett övergripande kriterium bör vara var SFBV kan göra mer nytta än de andra aktörer som finns regionalt och regionövergripande. En sådan utgångspunkt kommer att innebära att SFBV även fortsättningsvis kommer att engagera sig i olika typer av delprojekt, som dessutom sannolikt kommer att variera över tid. Det kommer alltid finnas frågor att samverka kring regionövergripande, men det är inte säkert att det som är mest angeläget idag är det även i framtiden.

Mot den bakgrunden anser vi också att det inte är tillräckligt med en enda mall för delprojektens rapporter, uppföljning och regionövergripande beslut. Vårt förslag är att man istället utvecklar befintliga ”mallar” utifrån delprojektens olika förutsättningar. Det gäller inte minst vilka implementeringsproblem som kan förväntas. De ”mallar” som behövs för att skapa policydokument, där varje part själva kan ta ansvar för implementeringen, är helt annorlunda än det som krävs vid samverkan där olika regioners implementering hänger ihop. För delprojekt som syftar till omfördelning av verksamheter bör checklistan vara mera omfattande. På samma sätt kan även kraven på rapportens innehåll, men inte minst

uppföljningen och förankringen före och efter regionövergripande beslut variera beroende på vilka samverkansproblem som fokuseras och vad som är syftet. Arbetet med olika mallar och checklistor utgår lämpligen från tidigare erfarenheter av styrning genom överenskommelser på statlig nivå. Vård- och omsorgsanalys (2022) ger utifrån en analys av tidigare statliga satsningar flera rekommendationer som vi upplever som relevanta även för SFBV. Det gäller t ex vikten av analys och dialog om utvecklingsbehoven som involverar de som berörs av satsningarna samt en god framförhållning och hänsyn till förutsättningarna.

7.2 BEHÅLL FRIHETSGRADER I DELPROJEKT, MEN FÖRTYDLIGA UPPDRAG OCH FÖRVÄNTNINGAR

Även om det finns variationer mellan olika delprojekt är det vår uppfattning att SFBV till stor del är ”professionsdrivet”. Vi menar att det finns stora fördelar med denna ansats, även om det är enkelt att också peka på nackdelar. Det är inte ovanligt att delar av samma profession inte är överens, synen på evidens och vilka perspektiv som ska väga tyngst kan variera. ”Professionsdrivet” handlar i praktiken inte enbart om kunskap och beprövad erfarenhet utan även om hur beslut påverkar den egna verksamheten och förutsättningar för att rekrytera och behålla personal.

Utifrån den inriktning på delprojekt som finns så här långt menar vi att fördelarna med en professionsorientering överväger nackdelarna. Samverkansprojekt av det slag som SFBV tar sig an är svåra att genomföra; utan stöd från berörda verksamheter tror vi att de blir närmast omöjliga. Nackdelarna med en professionsorienterad process är att förändringar kan ta tid och att inriktningen kanske inte blir det man tänkte sig när delprojekt initierades. Även om frihetsgrader behålls i delprojekt menar vi därför att det är rimligt med ett utökat ansvarsutkrävande. De som arbetar i delprojekt och främst dess ordförande ska kunna redovisa och argumentera för de vägval och prioriteringar som görs. För att detta ska kunna ske måste delprojektens initiala frågeställningar och uppdrag beskrivas tydligare. Vi rekommenderar alltså mera precisa uppdrag och frågeställningar för delprojekten, men samtidigt att frihetsgraderna inom delprojektet behålls, vilket villkoras av ökade krav på att redovisa, dokumentera och argumentera för de vägval och prioriteringar som görs. Med ett sådant upplägg behåller man den tillitsbaserade styrning som kännetecknat arbetet i delprojekten så här långt. Samtidigt ökar kraven på transparens om hur frihetsgraderna nyttjats. Vi menar att en sådan transparens även bidrar till att beslutsprocedurerna uppfattas som rättvisa.

Omfördelning av verksamheter innebär särskilda utmaningar. Delprojekt som syftar till att ta fram policydokument är inte tillräckligt. En invändning kan då vara att en professionsdriven process leder till än större problem vid implementeringen. Omfördelning är förstås inte enbart en ”professionsfråga” som handlar om kunskap och evidens utan det handlar i hög grad om ekonomi och HR relaterade frågor. Vi kan förstå dessa argument. Samtidigt så gäller motsatsen. Omfördelning av verksamheter är inte bara ekonomi och HR utan i allra högsta grad en fråga som berör professioner och dess identiteter. Som vi lyft fram tidigare innebär omfördelningsprojekt att det bör ställas särskilda krav i delprojekten. Det finns inget som hindrar att det parallellt med en professionsdriven arbetsprocess inom SFBV sker ett förberedande arbete i respektive linjeorganisation. Som påtalats av flera intervjuade bör viljan och ansvaret för omfördelning av verksamheter i första hand finnas i respektive regions linjeorganisation.

7.3 TA MED ALLA RELEVANTA PERSPEKTIV I BEMANNINGEN AV DELPROJEKT

Utifrån våra intervjuer kan vi konstatera att kansliet bistått med kunskaper och nätverk som inneburit att delprojekt kunnat bemannas väl. Flera av de vi intervjuat påtalar vikten av att ha en väl fungerande ordförande. Även i detta avseende menar många av de intervjuade att de delprojekt som hittills genomförts lyckats väl. Utifrån intervjumaterialet och vår egen bedömning vill vi särskilt peka på vikten av en bra ordförande. Vi rekommenderar därför att kansliet och SFBV stärker stödet till ordföranden. Kansliet bör göra det ”enklare” att vara ordförande. Tidigare ordförande bör lyftas fram som ”brobyggare” och förebilder på ett sätt som gör det attraktivt för andra att arbeta på liknande sätt. Konkreta exempel kan vara korta intervjuer med ordförande på hemsidan och att bilda en Alumni där tidigare och nuvarande ordföranden bjuds in till semi-årliga seminarier som berör regionövergripande samverkansfrågor.

Efter genomgång av delprojektens rapporter och utifrån vårt intervjumaterial menar vi också att det finns skäl att stärka bemanningen av delprojekt utifrån två olika perspektiv. Det första och viktigaste perspektivet handlar om patienter och brukare. Flera delprojekt har förvisso tagit med detta perspektiv i arbetet, men vi uppfattar att ambitionsnivån varierar. Vi rekommenderar att kansliet ökar kraven på att beakta detta perspektiv och samtidigt gör det enklare. Patienterfarenheter som insamlas via standardenkäter bör kunna vara en källa. Kansliet bör stärka sin kompetens och kapacitet och leverera relevanta data till delprojekten. Patientrapporterade erfarenheter kan då ingå. Vi menar också att

patient/brukarföreträdare bör ingå i bemanningen av delprojekt. I den utsträckning delprojekten själva inte har kontakter bör sådana kunna förmedlas av kansliet. Denna rekommendation innebär även att kansliet bör bygga upp och underhålla ett eget nätverk av patient/brukarrepresentanter. Patient- och brukarperspektivet bör också vara en viktig del i uppföljningen av delprojekt.

Det andra perspektivet som vi ibland tycker saknas är ett övergripande systemperspektiv. Vad som här avses med ”system” kan variera. Det kan vara det arbete som bedrivs i andra liknande konstellationer, t ex RCC eller Kunskapsorganisationen. Det kan också vara det utvecklingsarbete som bedrivs i ”nära vård”. Om relevanta ”system experter” knyts till delprojektens bemanning menar vi att resultaten skulle kunna bli enklare att implementera. Även i detta sammanhang bör kansliet ha beredskap för att dels identifiera behoven av sådant systemperspektiv i olika delprojekt, dels ha ett nätverk av personer i olika regioner som kan medverka i delprojekten.

De ytterligare perspektiv som lyfts ovan i form av patienter/brukare respektive ”system experter” kan sägas vara ”externa” i förhållande till professionerna själva. Vi tror att den ”utmaning” och de ytterligare kunskaper och erfarenheter som delprojekten på detta sätt kan tillföras är värdefulla. En större tyngd på ”externa” perspektiv kan komplettera den professionsorientering som hittills kännetecknat arbetet i olika delprojekt. En ökad tyngd på patient-/brukarperspektiv, att ha med dem man faktiskt pratar om i ”rummet”, kan ständigt påminna om vem man är till för.

7.4 DOKUMENTERA OCH KOMMUNICERA BÄTTRE

Flera av våra förslag bidrar till mer dokumentation om olika delprojekt. Det gäller rekommendationen att förtydliga initiala frågeställningar för delprojektet och det uppdrag man fått samt att man inom respektive delprojekt redovisar de vägval och prioriteringar som gjorts. Vi bedömer att en bättre dokumentation i dessa avseenden ger flera fördelar. För det första bidrar en transparent dokumentation till uppfattningar om rättvisa beslutsprocedurer. För det andra minskar risken för att det finns olika bilder och förväntningar på vad delprojekten handlar om. Det kan i sin tur stärka förutsättningarna för att senare beslut också implementeras.

Från intervjuer med i synnerhet dem som medverkat i olika delprojekt är det tydligt att arbetet skapat många ”sidoeffekter” och ”ringar på vattnet”. Dessa effekter är inte alltid tydliga för andra. Vi menar att det är viktigt att dokumentera sådana effekter. Detta måste göras efter hand. Vi menar att ordförande och

deltagare i delprojekten måste involveras eftersom dessa effekter vanligen inte är synliga för andra. Dokumentation av sidoeffekter bör komplettera annan uppföljning och kan även handla om uppfattningar utifrån olika perspektiv som är subjektiva och därför kan variera. Det kan också finnas negativa ”ringar på vattnet”. Dessa är lika viktiga att dokumentera som de positiva. Det handlar inte enbart om att belysa nyttan av SFBV utan även om att få kunskap som kan användas vid initieringen av andra liknande delprojekt.

7.5 TYDLIGHET NÄR DELPROJEKT AVSLUTAS

Det finns anledning att göra tydlig skillnad mellan de projekt som SFBV har ansvar för och den process som måste till i respektive linjeorganisation när samverkansbeslut implementeras. Om delprojekt förlängs onödigt lång tid, utifrån en ambition att ”hålla projektet vid liv” kan resultatet bli att ingen tycker sig behöva ta ansvar för implementeringen fullt ut. Även om delprojekt avslutas kan SFBV ta ansvar för en förlängd uppföljning. Vi rekommenderar att uppföljningen efter att delprojekt avslutats, inklusive ökad transparens kring om implementeringen fungerar eller inte, bör förstärkas.

Som konsekvens av ovanstående resonemang finns anledning att väcka frågor kring de sk permanenta arbetsgrupper som kan knytas till SFBV. Dessa permanenta arbetsgrupper är vad vi förstått en fortsättning på formella delprojekt. Utgångspunkten är att det funnits önskemål från medverkande att fortsätta diskussionerna även efter att man levererat en rapport som lett till regionövergripande beslut. Vi ifrågasätter inte behovet eller nyttan av denna typ av regionövergripande nätverk för fortsatt diskussion om samverkansfrågor. Vi tror dock inte det är lämpligt att SFBV legitimerar dess existens. Dessa nätverk bör snarast ägas av berörda professioner och/eller chefsrådet. Med en sådan ordning görs det också mera känt i berörda linjeorganisationer vilka nätverk som existerar och vilka frågor de ägnar sig åt.

Vi menar att det är betydelsefullt att SFBV engagerar sig i regionövergripande nätverk som fokuserar bredare och systemorienterade frågor. Till stor del finns sådana nätverk redan (t ex RCC, Kunskapsstyrningen). I enlighet med tidigare resonemang anser vi att SFBV bör öka kunskaperna om dessa nätverk. Vi har också rekommenderat att patienter/brukare respektive ”system experter” – om och när det är relevant - knyts till bemanningen av olika delprojekt.

7.6 FORTSÄTT STÄRKA KOMPETENSEN VID KANSLIET OCH MEDARBETARES PERSONLIGA NÄTVERK

Kunskap och förståelse för hälso- och sjukvårdssystemet i kombination med personliga nätverk är en viktig framgångsfaktor bakom SFBVs verksamhet så här långt. Dessa framgångsfaktorer beror inte främst på de arbets- och beslutsprocedurer som används utan kan i hög grad kopplas till individer vid kansliet, som genom lång erfarenhet i vården skaffat sig både kunskaper och ett högt förtroende bland beslutsfattare. Som vi tidigare diskuterat i kapitel två är förtroende för personer som arbetar i delprojekten av stor betydelse för hur resultatet tas emot. Rättvisa beslutsprocedurer kan bidra till ett högt förtroende, men kan inte kompensera för en situation där det saknas förtroende för de som medverkat i delprojekten. För att förmå personer med högt förtroende att arbeta inom SFBVs delprojekt är det i sin tur väsentligt att frågan kommer från någon som har legitimitet och som man har stort förtroende för.

På samma sätt som individers kunskaper och personliga nätverk är en framgångsfaktor för SFBV är det också ett hinder. SFBV är beroende av att rekrytera motsvarande personer även på lång sikt för att kunna nå framgång. Vi bedömer att SFBVs ledning är väl medveten om dessa villkor. De medarbetare som finns i kansliet måste ha tid för och uppmanas att ha många olika och kompletterande kontakter och nätverk. Systemkunskap och förståelse för aktuella frågor och villkor är en färskvara som hela tiden måste uppdateras och underhållas.

Flera av våra tidigare förslag och rekommendationer i rapporten kan kopplas samman med krav på resurser vid Södra sjukvårdsregionens kansli. Vi betonar vikten av att kansliet även fortsättningsvis så långt det är möjligt underlättar för arbetet i olika delprojekt, inte minst vad gäller stöd till ordföranden. Kansliet kan även ge möjligheter till erfarenhetsutbyte med tidigare ordföranden. Vi har föreslagit en alumni verksamhet med semi-årliga möten mellan tidigare och aktuella ordförande. Syftet är att skapa tillfälle att utbyta erfarenheter men även att få inspel till nya samverkansprojekt: Indirekt kan sådana arenor också lyfta arbetets legitimitet och status. Ytterligare nätverksarbete som vi föreslagit handlar om fördjupade kontakter med patient-/brukarrepresentanter och ”systemexperter”. Vi rekommenderar en stärkt kompetens och kapacitet inom kansliet när det gäller att erbjuda stöd till delprojekt i form av insamling, analys och presentation av data. Detta ställer krav på egen kompetens, men vi förespråkar även att man utvecklar kontakter med andra relevanta externa forskare, utredare

och konsulter. Det gäller även personer i berörda regioner som arbetar med frågor kring statistik och analys.

Ett annat arbete vid Södra sjukvårdsregionens kansli som följd av våra rekommendationer är att ta fram mallar som passar syftet med olika delprojekt. Med utgångspunkt i tidigare statliga utredningar om styrning genom överenskommelser har vi skiljt mellan två olika typer av samverkans – utveckling av gemensam policy respektive överenskommelse som i högre grad ställer krav på gemensamma mål och tidplaner för implementeringen. Vi menar att nuvarande mallar som används vid SFBV i första hand är anpassade för samverkan som syftar till att utveckla gemensamma policydokument. Det är inte säkert ”att man når hela vägen fram” men man kan ändå skapa nytta. Processen fram till beslut bland de som medverkar är en viktig del av resultatet. Samverkansprojekt som syftar till omfördelning inom befintliga verksamheter är en större utmaning. SFBV kan bidra till sådana projekt även om vi menar att det finns begränsningar eftersom man inte kan ta ansvar för implementeringen. Vi rekommenderar att nya mallar tas fram för denna typ av delprojekt, som tar utgångspunkt i svårigheterna och tydliggör ansvarsförhållanden. Sådana mallar behöver bli ta utgångspunkt i förutsättningar som behöver vara uppfyllda innan delprojekt påbörjas samt hur berörda huvudmän tydligt ska ta ansvar för sin del av implementeringen.

7.7 MER STRATEGISK UPPFÖLJNING OCH DISKUSSION PÅ ”PORTFÖLJNIVÅ”

Förutom att en stärkt kompetens vid SFBV kan användas som stöd till delprojekt ser vi att den skulle kunna främja en mer strategisk diskussion i samarbetsgruppen, chefsrådet och i ledningsgruppen. Vi har fått uppfattningen att möten i dessa sammanhang fokuserar information om olika enskilda delprojekt. Vi menar att man i ökad utsträckning även behöver diskutera olika delprojekt på ”portföljnivå”. Vi tror att chefsråd och ledningsgrupp kan ta en mera aktivt roll om diskussionen lyfts till ”portföljnivå”. Prioriteringar och vilka kriterier som gäller tydliggörs. En sådan diskussion kan också underlätta en hantering av de risker som finns i hela projektportföljen, inte bara i enskilda delprojekt. Om delprojekten sammantaget är riskfyllda och utmanande, t ex när det gäller implementeringen, finns större anledning att vara återhållsam med att lansera ytterligare utmanande och riskfyllda delprojekt.

7.8 HUR KAN FÖRSLAG OCH REKOMMENDATIONER UNDERLÄTTA IMPLEMENTERINGEN?

Även om implementeringen huvudsakligen är respektive regions ansvar, menar vi att våra förslag och rekommendationer på flera sätt kan underlätta och skapa ökat tryck för en implementeringsprocess. För att regionövergripande beslut ska accepteras, är det viktigt att de arbets- och beslutsprocedurer som ligger bakom besluten uppfattas som legitima och rättvisa. Ett första krav är att procedurerna är tillräckligt transparenta så att den som så önskar kan göra en egen bedömning. Det är i detta sammanhang vi anser det betydelsefullt att tydliggöra initiala frågeställningar och uppdrag samt att delprojektens vägval och prioriteringar dokumenteras. På samma sätt är det viktigt att de prioriteringar och kriterier som SFBV utgår ifrån tydliggörs, och att olika mallar och krav utarbetas beroende på typ av delprojekt. Allt detta material bör vara möjligt att ta del av på SFBVs hemsida och även kommuniceras i andra sammanhang. Vi menar också att vårt förslag på färre delprojekt som följs upp under lång tid bidrar till ökade möjligheter att fokusera på implementeringen. Samma syfte kan uppnås om det blir tydligare när projektet avslutas och linjeorganisationens ansvar tar vid. Ytterligare förslag som vi menar kan bidra till implementering är att externa perspektiv i form av patienter/brukare och annan relevant systemkunskap får ökad tyngd i projekten.

Även om dessa förslag och rekommendationer kan underlätta och ge ökat tryck bakom implementeringen är förtroendet för de personer som engageras i olika delprojekt avgörande. Om det inte finns förtroende för dessa personer, inte minst ordföranden, kan man som redan sagts inte ”rädda upp” situationen med rättvisa beslutsprocedurer och anpassade mallar. Det är också viktigt att vara realistisk när det gäller resultaten. Samverkan är svårt. Samverkansprojekt som syftar till att utveckla en gemensam policy kanske inte når ända fram men kan ändå skapa nytta. Det är processen som är ”värd något”, lika mycket som den färdiga rapporten och de regionövergripande besluten.

Brister i implementeringen när det gäller främst omfördelning inom befintliga verksamheter handlar inte framför allt om SFBV. Implementeringen av regionövergripande beslut kan knappast fungera bättre än implementeringen av beslut i respektive region. Generella brister i respektive regions linjeorganisation och förmågan att driva förändringar får även konsekvenser för möjligheterna att implementera regionövergripande samverkansbeslut. I detta sammanhang har den nivåstrukturering som sker inom respektive region stor betydelse. Inte minst bedömer vi att den nivåstrukturering som sker inom Region Skåne får

konsekvenser för vilka regionövergripande omfördelningar som kan åstadkommas.

BILAGA 1: INTERVJUFÖRTECKNING

Kategori	Kontaktade	Genomförda
Samarbetsgruppen/kansli	6 personer	6 personer
Delprojekt, ordföranden	6 personer	5 personer
Styrgrupp chefssamråd	6 personer	5 personer
Presidium, politiker	8 personer	5 personer
Ledningsgrupp	5 personer	5 personer

BILAGA 2. KATEGORISERING AV DELPROJEKT UTIFRÅN TYP AV SAMVERKAN RESPEKTIVE MÅLSÄTTNINGAR.

Delprojekt	Avslutade (A) Pågående (P) Uppföljda (U)	Typ av samverkan						Målsättning som <u>i första hand</u> är i fokus						Permanent arbetsgrupp	Förslag för djupare analys
		Standardisering, minska variationer, ” hitta gemensamt sätt”	Nivåstrukturering, koncentration	Utplacering av ny	Samverka inom ramen för uppdelat ansvar	Lärande, utveckling, lära av varandra	Stärka varandra (och läns sjukhus) genom att	Jämlikhet	Kompetensförsörjning	Kostnader	Koordinerade helhetslösningar	Tillgänglighet	Skapa legitimitet för samarbete		
1 AT/ST utbildning	AU	x				1					x	1		X	
2 HTA	AU		1			x						1		X	
3 Benign njurkirugi	AU	x			x		1		x			1			
4 Axelkirurgi del 1	AUU	1				x		x		1					
4 Axelkirurgi del 2	AUU	1				x		x		1					
5 Ryggkirurgi	AU	x			x	1	x		x			1			X
6 Bäckenkirurgi/trauma	AU		1					x			1				
7 Stroke	A	x			1	x		x			1	x			

8 Benign kolorektal kirurgi	AU	x	x		x	x	1			x			1	x		X		
9 Esofagus- och ventrikelkirurgi	AU	x	x		x	x	1			x			1	x		X		
10 MT-kompetens	AU	x				1						1						
11 Utredning skopi	AU	1			x				x			1	x	x	?			
12 Onkologisk vård	AU	1			x				x	x		1	x	x				X
13 Ablationer I	AU	x				x	1			x			1					
13 Ablationer II	A	x				x	1			x			1					
14 Spinal rehabilitering	A	x			1	x	x		x	x		1						X
15 Endokrin halskirurgi	AU	1				x	1			x			1					
16 Inflammatorisk tarmsjukdom	P	x			1	x				1		x		x				
17 Rutinmässig testning vid tjock- och ändtarmscancer	A	1				x			1			x						
18 Uppföljning av patienter med ökad risk för cancer	A	x	x	1	x	x			x		x	1	x			X		X
19 Kärlkirurgi	A	x			1	x				x				1		X		

20 Parkinson, DBS	P		x				x	1		x			1						
21 Blodsamverkan	A		1			x	x			x				1					
22 Luftburna transporter	A		x	x	1		x					x	1		x	?			X
23 MRT-tillgång jourtid	A		x	1		x				x	x	x	x	1					
24 Benign gynekologisk kirurgi	A		x					1						1					X
25 Kliniska distansmöten	P		1	x			x			x		x		1					
26 ME/CFS	P		x	x	1		x			x			x	1					
27 Palliativ vård barn	P		x	x		1	x			x				1					

BILAGA 3. INNEHÅLLET I RAPPORTER JÄMFÖRT MED MALL

Rapporten bör innehålla:				
NULÄGE	Finns	Finns inte	Ej relevant	Delvis
Kartläggning av patientprocessen och hur arbetsprocessen ser ut idag	19	1	1	1
Flöden, väntetider etc.	15	3	2	2
Volymer	19	1	2	0
Data ex från kvalitetsregister	10	11	0	1
Källan till framtagna data skall anges	7	13	0	2
Kompetensförsörjning- och resurssituationen idag och framåt	16	4	0	2
FoU, till exempel kliniska studier, registerforskning, tvärfunktionell forskning	15	7	0	0
Eventuella problemområden/utvecklingsområden	21	1	0	0
Närliggande områden som kan påverkas	12	8	0	2
ANALYS	Finns	Finns inte	Ej relevant	Delvis
Analys av framtagna fakta	18	4	0	0
Avgränsning av projektet	22	0	0	0
Konsekvenser för närliggande områden	13	8	0	1
FÖRSLAG	Finns	Finns inte	Ej relevant	Delvis
Konklusion	22	0	0	0
Utformning av samarbete/arbetsfördelning (framtida arbetsprocessen utifrån patientens bästa)	19	1	0	2

Långsiktighet	19	2	0	1
Ansvarsfördelning	18	2	0	2
HR-aspekter och ekonomiska effekter (kunskap finns att hämta på kansliet)	9	7	0	6
Konsekvenser för närliggande områden och eventuella undanträngningseffekter	8	10	1	3
Tidsplan	11	10	0	1
Uppföljningskriterier	7	14	0	1
Implementeringsplan (inklusive förutsättningar/krav för genomförande)	10	10	0	1
Förankring av förslaget	17	3	0	0

REFERENSER

- Anell A, Mattisson O. (2009) Samverkan i kommuner och landsting. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*; 21(1): 75-88.
- Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (2007): Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson R, Bihari-Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Cremer DD, Tyler TR. (2007) The effects of trust in authority and procedural fairness on cooperation. *Journal of applied Psychology*, 97(3): 639-49.
- Daniels N, Sabin J. (1997) Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem of insurers. *Philosophy and Public Affairs*; 26:303-50.
- Daniels N, Sabin J. (2002) *Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources?* Oxford University Press.
- Eriksson E, Andersson T, Hellström A. m fl. (2020) Collaborative Public Management: Coordinated Value Propositions among Public Service Organisations. *Public Management Review*, 22(6): 791-812.
- Glenngård AH, Anell A. (2021) Uppföljning av etablering och funktion av vårdformen mobilt vårdteam i Region Skåne 2017-2020. KEFUs skriftserie 2021:2.
- Hallin B, Siverbo S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Huxham C, Vangen S. (2005): *Managing to Collaborate. The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
- Mattisson O, Thomasson A. (2017) *Interkommunal samverkan – en kunskapsöversikt. Underlagsrapport till Kommunutredningen (Fi 2017: 02)*.
- Mintzberg H. (2015) *Rebalancing society: Radical renewal beyond left, right, and center*. Oakland: Berrett-Koehler.
- Riksrevisionsverket (2003:14) *Att styra genom att komma överens*. Riksrevisionsverket, Stockholm.
- Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. (2020) Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration, *Journal of Interprofessional Care*, 34:3, 332-342.
- SKL (2006) *Närvård i Sverige 2005*. Stockholm.
- SKL (2007) *Närvårdssamverkan i praktiken. Från ord till handling*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2000) *Lönsam samverkan för individ och samhälle*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2017) *The development of regional cancer centres. An overall assessment of a four-year follow-up*.
- Socialstyrelsen (2019) *Standardiserade vårdförlopp i cancervården - Sammanfattning och samlad bedömning*.

- SOU (1974:39) Socialvården: Mål och medel. Stockholm.
- SOU (2015:98) Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa.
- Statskontoret (2014) Överenskommelser som styrmedel. Statskontoret, Stockholm.
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2002) Samsynt och framsynt. Framgångsfaktorer för samverkan. Programberedningen för vård och omsorg 2000-2002, Stockholm.
- Tuckman B. (1965) Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*; 63(6): 384-389.
- Van de Bos K, Wilke HAM, Lind EA. (1998) When do we need procedural fairness? The role of trust in authority. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6): 1449-58.
- Vårdanalys (2013:3) Centralisering med patienten i centrum. Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården.
- Åhgren B. (2005) Developing and managing integrated care in Sweden: the unbroken chain of care. In Vaarama M, Pieper R. Eds. *Managing integrated care for older people: European perspectives and good practices*. Helsinki: Stakes & EHMA.
- Åhgren B. (2007) *Creating integrated health care*. Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Åhgren B, Axelsson R. (2007) Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*; 22(2): 145-57.
- Äldrecentrum (2007:16) Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. Rapport Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

KEFU SKRIFTSERIE 77
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-77-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
www.kefu.se