

STYRSYSTEM FÖR SAMVERKAN INOM NÄRA VÅRD I SKELLEFTEÅ NÄRSJUKVÅRDSOMRÅDE

NYA SÄTT ATT UTFORMA SYSTEM SOM STÖDER DEN NÄRA
VÅRDEN OCH OMSORGEN I SAMVERKAN

RAPPORT AV FALLSTUDIE INOM
FRAMTIDENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM I VÄSTERBOTTEN

SLUTVERSION MARS 2022

DAG NORÉN

Leading Health Care

INLEDNING

På uppdrag av Sveriges kommuner och regioner, SKR, i samarbete med Länssamverkansgruppen inom Västerbotten, har ett analysarbete utförts under 2021 med fokus på ”framtidens hälso- och sjukvårdssystem i Västerbotten”. Uppdraget är genererat utifrån SKR:s program kring ”Nya sätt att utforma system som stöder den nära vården och omsorgen i samverkan” och har bedrivits av stiftelsen Leading Health Care.

En särskild del av detta uppdrag är de tre explorativa fallstudier som har genomförts inom närsjukvårdsområdena i Västerbottens län under maj till december 2021; tre geografiskt indelade områden där regionen och kommunerna samverkar på olika sätt i utvecklingen av den nära vården. Denna fallstudie har genomförts inom Skellefteå närsjukvårdsområde där det har funnits en önskan om att granska det samverkanssystem som utvecklats mellan regionen och kommunerna i samarbetsområdet och vilka utvecklingsmöjligheter som kan finnas.

Gemensamt för de tre fallstudierna är att de alla syftar till att belysa styrningsfrågorna inom hälso- och sjukvården; en styrning som kan behöva förändras för att ställa om till en nära vård där kommuner och regioner samarbetar på nya sätt för att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg. De exempel som dessa fallstudier tar upp är samtidigt utvalda för att de kan utgöra goda exempel även i ett nationellt utvecklingsperspektiv.

Den rapport som lämnas här ska ses som ett idé- och diskussionsunderlag kring hur grunder kan utvecklas för att sjukvårdshuvudmännen ska kunna samverka mer sömlöst – och på detta sätt skapa ömsesidiga vinster. Ett grundläggande skifte, som denna fallstudie illustrerar, är att bestämma sig för att lämna en traditionell form av *gränssnittspolitik* till att gå över till ambitioner med att utveckla en handlingskraftig och problemlösande *samordningskultur*.

Sammanställningen visar att man inom Skellefteå närsjukvårdsområde har kommit långt i en utveckling mot denna samordningskultur som närmast kan beskrivas som relativt unik i ett Sverigeövergripande perspektiv. Samtidigt, utan starkare kopplingar i strukturer och beskrivningar, är risken uppenbar att det samverkanssystem som finns nu är eller blir personberoende och därmed uppenbart sårbart på sikt. Frågan är hur samordningskulturer likt den inom Skellefteå närsjukvårdsområde kan säkras i ett längre tidsperspektiv? Och sedan den viktigaste frågan av dem alla: Är detta fröet till den nära vårdens nya ledningssystem?

Ett stort tack riktas till de som bidragit till denna kartläggning och analysarbete.



BAKGRUNDEN TILL DENNA FALLSTUDIE

I samarbetsområdet Skellefteå närsjukvårdsområde ingår kommunerna Norsjö och Skellefteå. Inom närsjukvårdsområdet finns ett sjukhus; Skellefteå lasarett.

I närsjukvårdsområdet har man utvecklat en i det närmaste unik ”atmosfär” av samarbete över hälso- och sjukvårdens och omsorgens olika verksamhetsgränser. Utvecklingen har pågått i mellan 5 till 10 år enligt olika uppgifter och har till stora delar influerats av personer i ledande befattningar. Det gemensamma verksamhetssystemet kan beskrivas som relativt ”greppbart”. Två kommuner samverkar med regionens resurser men Skellefteå kommun har ett särskilt inflytande genom sin storlek i förhållande till Norsjö kommun. Samtliga hälsocentraler i närsjukvårdsområdet är offentligt drivna och leds övergripande och strategiskt i ett geografiskt indelat ledningsansvar av tre verksamhetschefer. En stor del av lasarettet ingår även organisatoriskt inom närsjukvårdsområdet med verksamheter som definierats som en del av nära vård som Medicin och geriatrisk klinik, psykiatriska kliniken, Rehabcentrum samt Akutmottagningen.

Grunden för samverkanssystemet inom närsjukvårdsområdet kan beskrivas som tre olika nivåer av väl förankrade ledningsstrukturer; strategiskt, taktiskt och operativt. Inom respektive nivå finns en balanserad horisontell samverkan mellan region- och kommunföreträdare. Mycket av förhållningssätten och principerna för samverkanssystemet har satts utifrån den strategiska nivåns uttalade positionering i en ledningssyn. Detta synsätt kan inte sägas vara särskilt beskrivet genom samverkansgrunder och rutiner, än mindre dokumenterat genom överenskommelser eller annan formalia, men kan i stort ändå sägas ha ”impregnerat” samtliga nivåer av ledningsstrukturer. Utifrån detta kan ”ledningssystemet” beskrivas som en form av så kallad ”tyst kunskap”; inte tydligt fastställd eller synliggjord men ändå verkningsfull och styrande. På detta sätt skiljer sig samverkanssystemet inom Skellefteå närsjukvårdsområde från hur samma samverkansfrågor hanteras vanligen inom andra samarbetsområden över landet; där formella, avtalsbaserade överenskommelser oftast utgör grunderna och styrningen inom samverkansfrågorna.

Denna fallstudie syftar till att analysera vad som kan ses som framgångsfaktorer i detta samverkanssystem inom Skellefteå närsjukvårdsområde, delvis också riskerna, samt om dessa grunder i förlängningen är en möjlighet för att generiskt utveckla en form av gemensamt ledningssystem för en nära vård genom en integrerad ledning mellan regioner och kommuner: en mycket viktig utveckling för att nära vården ska kunna utveckla sin fulla potential.



GRUNDERNA I SAMVERKANSSYSTEMET

Grunderna för utvecklingen av samverkanssystemet i Skellefteå närsjukvårdsområde kan spåras bakåt i tiden till den nationella och fleråriga satsningen Bättre liv för sjuka äldre som drevs av SKL (numera SKR) i samverkan med 12 landsting och regioner samt 29 kommuner. Västerbottens läns landsting deltog tillsammans med flera kommuner i Västerbotten. Mest kännetecknande och givande i detta program var utvecklingen av ett ömsesidigt lärande och att grunder för samverkanskulturer började bildas mellan huvudmännen. Detta var tydligt i Skellefteå-området.

Utifrån denna samverkan, och med stöd av drivande nyckelpersoner, utvecklades ett antal gemensamma principer som skulle följas för att utveckla en mer gränsöverskridande vård och ambitioner för en verkligt personcentrerad vård. Dessa principer kan beskrivas mer som talspråk och har aldrig har dokumenterats tydligt, men som ändå kom att bli vägledande för förhållningssätten i samverkan. Dessa kan, ungefärligen och mer exemplifierande, beskrivas på följande sätt:

- Ingen patient på sjukhuset i onödan
- Vi gör det som blir bäst för individen
- Berätta för mig vad du behöver för att göra ett bra jobb, så ska jag berätta för dig vad jag behöver
- Vi löser detta tillsammans
- Kräver frågan en diskussion för att lösas så tar vi tag i det

Återupprepadet av dessa principer bidrog till en spridning av förhållningssätten och möjliggjorde även för inkommande nya medarbetare att snabbare ta till sig synsätt kring samverkan i ett annars komplext sammanhang mellan sjukvårdshuvudmännen.

En intressant observation i detta sammanhang är att regioner och kommuner, ofta tillsammans, lägger ner mycket tid på att utveckla målbilder och andra dokument om samverkansinriktningar – men därefter uteblir kopplingen oftast till den operativa vardagen i arbetet. I samverkanssystemet i Skellefteå närsjukvårdsområde kan en motsatt utveckling ses – stor vikt lades vid att på olika sätt, genom mötessamtal och symboliskt agerande, föra in de muntliga principerna i det dagliga arbetet men däremot skedde inga stora ansträngningar att dokumentera och mer formalisera dessa principer.



GRUNDERNA I SAMVERKANSSYSTEMET - TRE LEDNINGS- OCH UPPGIFTSNIVÅER

Samverkanssystemet inom Skellefteå närsjukvårdsområde kan beskrivas som uppbyggt av tre olika lednings- och uppgiftsnivåer som binder samman nyckelaktörer horisontellt över huvudmannagränserna. Inom varje nivå blir målsättningen att bilda en samverkanslogik som kan beskrivas som ett bildande av "parhästar"; att kommun- och regionföreträdare med motsvarande uppgifter på var sin sida om "gränsen" bildar en samverkansduo eller närmast ett kollegialt och förtroendefullt samverkansförhållande, där direktkontakter förs löpande och utan formaliteter. För att detta ska ske behövs en allmän acceptans om att det råder jämbördiga förhållanden mellan kommunens och regionens medarbetare inom varje nivå.

- **Den strategiska nivån:** Utgörs främst av chefer med "systemövergripande" ansvar som regionens områdeschef för nära vård samt vård- och omsorgschef för Skellefteå kommun och med inslag av andra nyckelpersoner efter behov.
- **Den taktiska nivån:** Utgörs främst av chefer med ansvar för delområden och i rollen att genomföra övergripande strategier; exempelvis verksamhetscheferna med ansvar för geografiska primärvårdsområden samt verksamhetschef för kommunal vård och omsorg. I denna nivå ingår även det särskilda "taktiska stödet" som ges av analytiker/facilitatorer från såväl region- som kommunsidan som syftar till att ta fram besluts- och faktaunderlag samt övrigt stöd för implementering, genomföra uppföljning och utvärdering med mera.
- **Den operativa nivån:** Utgörs främst av de samordningsgrupper som består av de verksamhetsnära cheferna samt professionsgrupper från region och kommun som arbetar inom hälsocentraler, rehabilitering, hemsjukvård och särskilt boende, hemtjänst och övrig socialtjänst inklusive biståndsbedömning. Varje samordningsgrupp är organiserad utifrån det geografiska närområdet kring varje hälsocentral. Detta innebär att närsjukvårdsområdet är indelat i 11 samordningsgrupper.



GRUNDERNA I SAMVERKANSSYSTEMET - DEN STRATEGISKA NIVÅN

Med den strategiska nivåns inflytande blir de i denna nivå involverade personernas inställning till samverkan och faktiska samverkansförhållanden närmast definierande för det övriga samverkanssystemet. I Skellefteå närsjukvårdsområde har ett samspel mellan regionens och kommunens främsta företrädare för nära vård i området varit avgörande för en kontinuerlig utveckling och en begynnande verksamhetskultur av samverkan. Det ”parhäst-förhållande” som utvecklats har satt tonen för vad för samspelsförhållanden som förväntas inom övriga nivåer.

Samverkansprinciper som har varit utmärkande på den strategiska nivån, och som därmed signaleras ut i verksamheterna, kan fritt tolkas på följande sätt:

- Ingen lyckas om inte helheten lyckas
- Att ha en operativ blick
- Ta tag i problem direkt

Samverkansprinciperna, i kombination med en täthet i samspel och gemensam handlingskraft, bidrar till ett icke-formellt arbetssätt och ett perspektiv som ligger nära ett samägt verksamhetssystem. Sedan tiden för pandemin sammanträffar den strategiska och taktiska nivån i ett stående avstämningsmöte varje torsdag där aktuella frågor av alla slag hanteras. Förhållningssättet som kommer ur samverkansprinciperna skapar en lösningsorienterad atmosfär med reaktioner som exempelvis ”så kan vi inte ha det”, ”jag tar med mig frågan till mina i organisationen”. På detta sätt liknar den sammanlagda grupperingen av region- och kommunföreträdare en form av ledningsgrupp för nära vård.



GRUNDERNA I SAMVERKANSSYSTEMET - DEN TAKTISKA NIVÅN

För att sammankoppla den strategiska nivån med den operativa nivån blir den mellanliggande taktiska nivån mycket viktig. Denna nivåns uppgift med att skapa ett lednings- och kunskapsstöd, för att sammankoppla strategiska intentioner med operativt genomförande och resultat, blir en viktig uppgift för att nå handlingskraft. Förenklat kan den taktiska nivån beskrivas som ett viktigt led för att omsätta "vad-frågorna", som kommer från den strategiska nivån, till ett fortsatt samägande kring "hur-frågorna", dvs. hur startordningen ser ut i det gemensamma perspektivet. Detta "mellanliggande" stöd för att utveckla handlingskraft i ett samverkanssystem underskattas inte sällan i de komplexa hälso- och sjukvårdsorganisationerna.

Med en ambition att skapa "parhäst-förhållanden" mellan region- och kommunföreträdare även vidare genom ledningshierarkin underlättas för att samverkansprinciperna kan fortsätta att gälla. I närsjukvårdsområdet har detta varit särskilt tydligt mellan verksamhetschefer för områden med hälsocentraler och verksamhetschef för kommunal vård och omsorg.

Ett annat viktigt bidrag på den taktiska nivån är resurser som arbetar med problemlösning, att skapa tydlighet och vägledning kring beslutade inriktningar samt att följa upp och utvärdera resultat. Dessa resurspersoner kan beskrivas som kvalificerade analytiker och facilitatorer. Även här kan sägas råda ett "parhäst-förhållande" genom att denna uppgiftsroll på den strategiska nivån finns inom såväl region- som kommunsidan och i återkommande nära samarbeten.

Med fortsatta "parhäst-förhållanden" även på den taktiska nivån har ambitionerna om helhet och balans för båda huvudmännen bättre chanser att bestå. En form av neutralitet och ömsesidighet i intressen underlättas samtidigt som detta väsentligt kan förstärka den så viktiga handlingskraften för att komma i ett genomförande.

Sammantaget säger detta att rekrytering och tillsättning av personer på nyckelpositioner inom de olika lednings- och uppgiftsnivåerna är en ytterst viktig uppgift för att samverkanssystemet ska fungera väl.



GRUNDERNA I SAMVERKANSSYSTEMET - DEN OPERATIVA NIVÅN

Samordningsgrupperna utgör den viktiga kärnan för samverkan på den operativa nivån. Med organiseringen av samordningsgrupperna områdesvis utifrån varje hälsocentral uppstår funktionella geografiska samverkansområden vilket ökar möjligheterna till att arbeta mer personcentrerat över huvudmannagränserna (även om vårdvalssystemet för hälsocentralerna kan innebära att patienter "sprids" bortom närområdet).

Samordningsgrupperna arbetar på ett likartat sätt (utifrån kommunicerade vägledningar) och kan beskrivas som ett operativt nära vård-system samlat i ett och samma samverkansmöte som återkommer vid samma tid varje vecka. Ärenden anmäls med några dagars varsel för att tas upp under nästkommande möte. Påfallande är samordningsgruppernas fokus på specifika individuella patienter, att lösa deras situation nu genom att reda ut frågor och försöka finna praktiska lösningar när "systemet finns i rummet". På detta sätt avviker dessa samordningsgrupper tydligt från mer vanligt förekommande rutiner på andra håll där samrådsmöten exempelvis redovisar antalet avvikelser i excelunderlag och diskuterar gränssnittsfrågor och ansvarsförhållanden inom detta – men sällan löser de individuella situationerna för patienterna.

Samordningsgrupperna anger att de personrelationer som uppstår och består genom de återkommande veckovisa mötena är viktiga för att kunna arbeta lösningsorienterat med individuella patientfall. Samordningsgrupperna tenderar med detta att även på denna nivå närma sig att vara något av en ledningsgrupp för nära vård i respektive område. Samtliga samordningsgrupper har svårt att involvera företrädare för den sjukhusvård som organisatoriskt ingår i närsjukvårdsområdet. Detta är en brist då en betydande del av de problematiker man har att hantera gäller utskrivningsprocesser från slutna hälso- och sjukvård. Vidare har man inom vissa områden är svårt att få deltagande från läkare.



SYNPUNKTER OM SAMVERKANSSYSTEMET

Nedan visas ett urval av olika synpunkter som framkommit under studien. Intervjuer visar på en relativt samstämmig bild om nyttan av samverkanssystemet och vad som gör att det fungerar. Vissa synpunkter pekar även ut fortsatta utvecklingsbehov.

”Parterna har utvecklat ett beroende av varandra. Kommunen behöver mer hälso- och sjukvård, hälso-centralerna behöver mer omsorg. Ju bättre samarbete desto enklare är det att verka”

”Tidigare var det sjukhuset som var navet, nu har vi ställt om till primärvården som navet”

”Den strategiska ledningen signalerar att gränsöverskridande samverkan ska ske över hela systemets olika nivåer, men det finns inget formellt som säger detta”

”Alla ser vinster av att delta i samverkan – det är nyckeln till att samverkanssystemet fungerar och arbetar så frekvent ”

”Att personer driver en idé, och att det finns uttalade principer kring detta har haft en betydelse – för att skapa aktion, bemöta problem direkt”

”Vi var två lag från början – nu är vi ett”

”Utan det övergripande ledningsansvaret för hälso-centralerna hade det aldrig gått ”

”Det ska vara lust-möten, inte måste-möten”

”Vi känner inte mycket av revirmarkeringar. Det är inte heller mycket av order från toppen”

”Vi kan behöva formalisera detta mer, men samtidigt finns alltid en risk att man med formaliseringen tappar den här speciella kulturen”

”Vi på den taktiska nivån har varit måna om att vara neutrala i frågorna, och samarbeta direkt istället för var och en för sig”

”När vi jobbar på individnivå lär vi av varandra. Problemen är oftast på patientnivå, det är inte så mycket systemproblem. Däremot är de svåraste frågorna för oss utbudsbegränsningar”

”Ja...vi kanske är personberoende i detta, samtidigt som det finns en känsla av att det sitter i väggarna”

”Vi försöker alltid jobba med ett personperspektiv, istället för ett organisationsperspektiv”

”Vissa veckor är det vinstaffär, vissa veckor tvärtom, det jämnar ut sig i längden och vi kan hantera detta gentemot överordnade”

”Cheferna borde följa upp mer, synd att man inte gör det”



FRAMGÅNGSFAKTORER OCH UTMANINGAR FÖR SAMVERKANSSYSTEMET

Nedan beskrivs ett antal av de mest centrala framgångsfaktorerna och utmaningarna. De kanske inte känns igen för alla och är inte giltiga för alla områden inom samverkanssystemet i Skellefteå narsjukvårdsområde – men det är dessa observationer som sticker ut och som bedöms som intressanta för att förstå potentialerna, och utifrån ett generiskt perspektiv – kan detta vara grunder för en ny styrningsmodell som med anpassade angreppssätt kan användas i andra samverkansområden över Sverige för att utveckla den nära vården?

FRAMGÅNGSFAKTORER

- De ömsesidiga vinsterna med att gemensamt se till helheten och en ”samägd” syn på lösningarna har kunnat gå från idé och eftersökta principer till att spridas ut i verksamheterna i praktiken genom de mycket aktiva horisontella organiseringarna i olika samverkansnivåer.
- Samverkanslogiken med att bilda ”parhästar” på var sida om den gemensamma uppgiftsgränsen underlättar för ett samägt och lösningsorienterat arbete.
- En uttalad strävan om att lösa problem direkt skapar underlag för ett mer personcentrerat angreppssätt i lösningarna, och som visar sig gynna samtliga involverade – istället för att fastna i övergripande systemförutsättningar och avtalstexter.

UTMANINGARNA

- Samverkanskulturens kännetecken bärs av direkthandling och icke-formella arbetsätt – men hur kan denna kultur undvika att bli personberoende och därmed vara mer sårbar? Hur kan den bestå över tid om den inte tydliggörs och görs mer formell i någon form? Hur kan nya nyckelpersoner slussas in i verksamhetskulturen så att samverkanskulturen säkert kan bestå?
- Nära vård-systemet i Skellefteå narsjukvårdsområde skulle kunna bli ännu mer utvecklingskraftigt, och därmed starkare, om de välfungerande horisontella samverkansgrupperingarna sammanbinds mer i en vertikal samverkan (dvs. i ett perspektiv av verksamhetslinjen). Mer av strukturer för uppföljning och ”feedback-loops” mellan ”nivåerna” skulle förbättra potentialerna för det innovations- och förbättringsarbete som kan uppnås i ett huvudmannaövergripande verksamhetssystem.

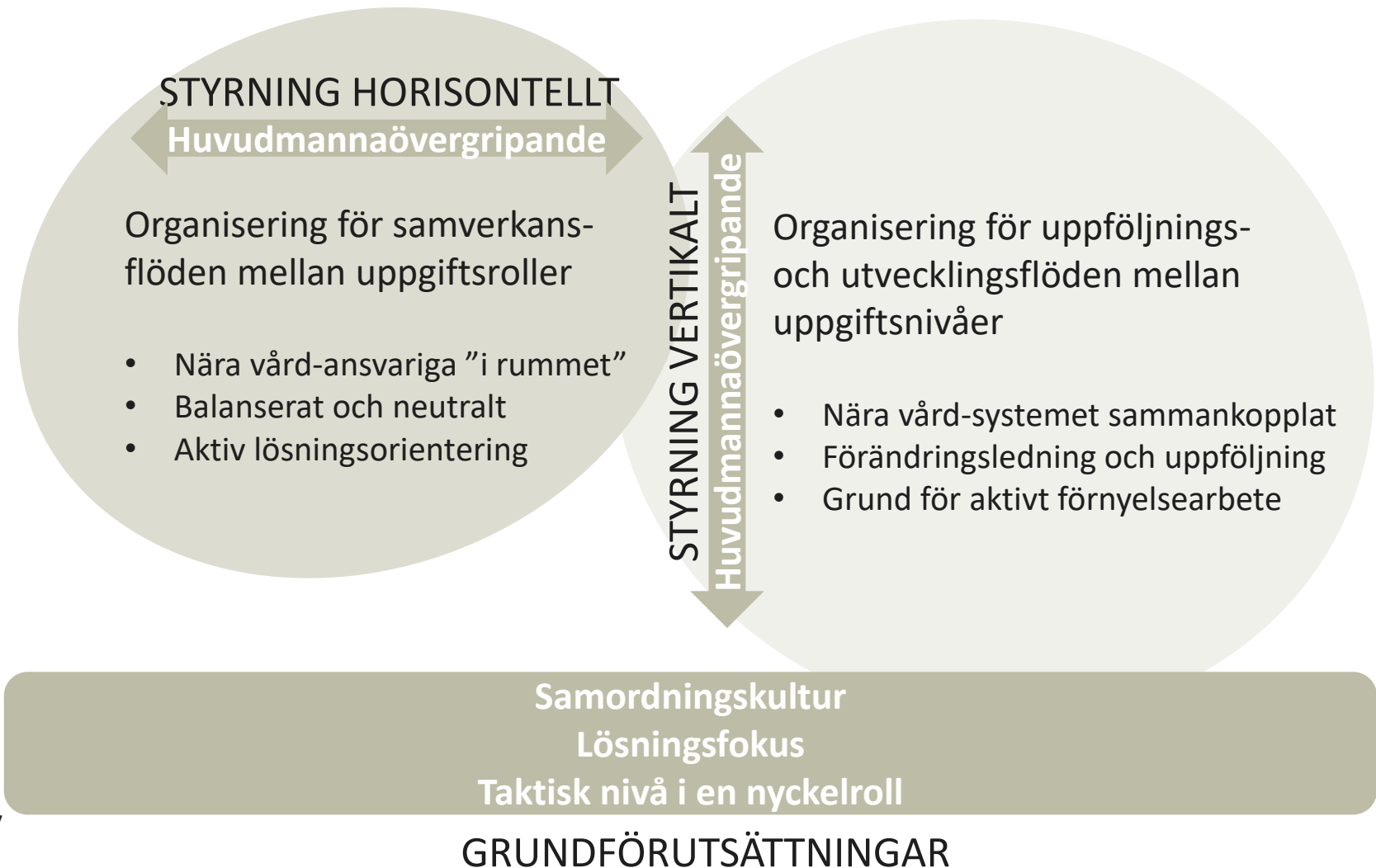


GRUND FÖR STYRMODELL NÄRA VÅRD-SAMVERKAN SAMSPEL MELLAN HORISONTELLA OCH VERTIKALA FLÖDEN

Samverkanssystemet i Skellefteå närsjukvårdsområde har utvecklat en unik förmåga i gräns-överskridande samverkan i de olika horisontella nivåerna. Med den horisontella samverkansdimensionen underlättas hanteringen av de fel eller problem som löpande uppstår.

Genom att i nästa steg även utveckla den vertikala samverkansdimensionen ökar förutsättningarna för att också ta vara på potentialerna i det förnyelsearbete som ett integrerat nära vård-system kan bidra till.

Med båda styrningsdimensionerna organiserade möjliggörs den fulla potentialen av nära vård-samverkan – förbättrings- och förnyelsearbete i samma steg.



STEGET FRÅN HANTERING AV SYSTEMFEL GENOM NÄRA VÅRD - TILL ATT FÖRNYA SYSTEMET FÖR NÄRA VÅRD

Det särskilda samverkanssystemet mellan sjukvårdshuvudmännen inom Skellefteå närsjukvårdsområde har utvecklat en **förmåga att hantera systemproblem på effektiva sätt.**

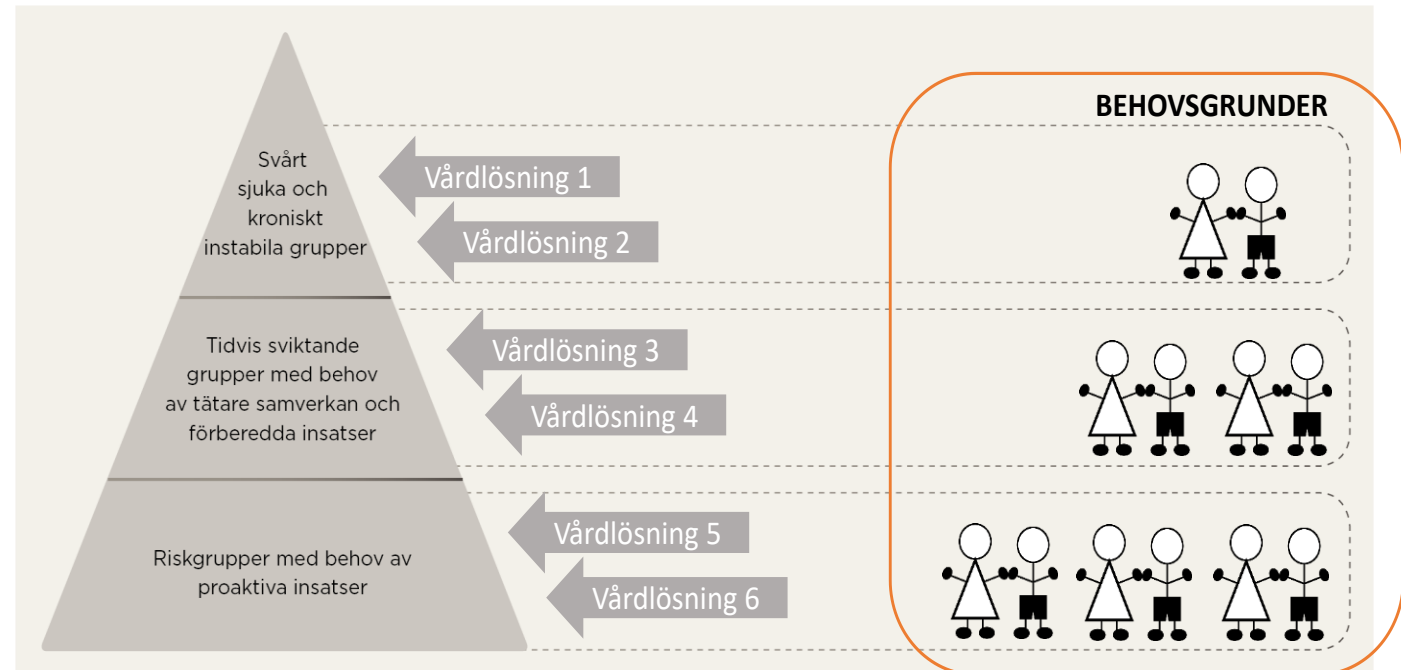
Ett nästa steg inom räckhåll bör vara att **utveckla de nya vårdlösningar i samverkan som tar bort de systemfel som uppstår löpande.**

Det nyligen genomförda utvecklingsarbetet med att etablera ett **samägt mobilt team**, som fokuserar på sviktande patienter som är svåra att hantera inom det ordinära vårdssystemet, är ett illustrerande exempel på vilka nytänkande vårdlösningar som nu kan utvecklas.

En fortsatt målsättning utifrån förutsättningarna i Skellefteå närsjukvårdsområde skulle därför kunna vara att **utveckla serieinnovationer av vårdlösningar som tar utgångspunkt från olika målgruppers helheter av behov – en ny form av behovsstyrning** som kan uppnås i ett samägt nära vård-system.

Denna möjlighet kan uppstå om de **horisontella ”ledningsgrupperna” sammanlänkas** även i ett **vertikalt utvecklings- och ledningssystem.**

ILLUSTRERANDE



MOT ETT NÄRA VÅRD-SYSTEM SOM KAN VARA ÖVERFÖRBART TILL ANDRA SAMMANHANG?

GRUNDER SOM KAN SES NU....

- Samverkansmodellen som utvecklats i Skellefteå närsjukvårdsområde med **1) horisontella ledningssystem på olika nivåer över gemensamma uppgiftsgränser (strategiskt/taktiskt/operativt)**, i kombination med en strategi av att **2) bilda "parhästar" på var sida om respektive uppgiftsgräns**, är viktiga **"byggstenar"** som kan etableras även i andra samverkanssammanhang för att utveckla ett närmast samägt nära vård-system med ömsesidiga nyttor utifrån dagens huvudmannauppdelning av hälso- och sjukvården.
- Ovanstående former av gemensamt ledningssystem **förutsätter dock en väl förankrad, eller minst en tydligt uttalad verksamhetskultur** som kännetecknas av att vara handlings- och lösningsinriktad framför att vara avtals- och formaliainriktad. Det innebär ett **perspektivskifte** i många länssamverkanssammanhang i Sverige från en i praktiken **dominerande gränssnittspolitik till en genuin samordningskultur**.

....OCH ETT NÄSTA STEG

- En mer etablerad samägd nära vård-samverkan över huvudmannagränser bör, förutom att genom en ökad person- och lösningscentrering skapa smidigare arbetsflöden över dagens insatsgränser, **även organiseras för att ta vara på de organisatoriska innovationer som kommer med en nära vård**. Detta innebär att utifrån gemensamma patienters helhetsbehov även ha kapacitet för att designa och utveckla helt nya samägda vårdlösningar som är såväl patient- som produktionsrationella. Input för detta och införande av sådana nytänkande arbetssätt förutsätter ett **närmare samspel mellan samverkansgrupperingar på strategisk, taktisk och operativ nivå** – alltså även en **"vertikalitet"** som binder ihop de horisontella arbetssätten.



ETT NÄRA VÅRD-SYSTEM UNDER UTVECKLING - SLUTSATSER

1) Vikten av en särskild strategi och ledningsstruktur för att utveckla samägd nära vård

Om de fulla potentialerna av ett nära vård-system ska kunna utvecklas behövs nytänkande kring styrnings- och ledningsstrukturerna. Nya angreppssätt inom detta behövs som möjliggör mer samverkan i samägda former och i mer direktverkande arbetssätt mellan kommunal hälso- och sjukvård, regionens primärvård och övrig specialistvård med utgångspunkt oftast från sjukhusen. Brister i fokus på detta bidrar till att utvecklingen mot nära vård över landet utvecklas långsamt och i ad-hoc-liknande former. Exemplet med nytänkande angreppssätt och lösningar inom Skellefteå närsjukvårdsområde visar på en intressant strategi och ledningsstruktur för att systematiskt komma framåt i utvecklingen av en nära vård.

2) Konsten att skifta förhållningssätt för att etablera personcentrerade arbetssätt i praktiken

Samverkansformer som stöds väl av horisontella strukturer över huvudmannagränserna, och med en verksamhetskultur av lösningsorientering, driver fram mer person/patientcentrerade arbetssätt framför fokus på respektive organisations roll och ansvar. Exemplet från Skellefteå närsjukvårdsområde visar att samtliga parter gynnas ömsesidigt och även långsiktigt av detta, men att en form av flexibilitet behövs där man ibland och växelvis behöver sträcka sig längre än det formella ansvaret säger. Detta förhållningssätt, som behöver finnas på alla nivåer, utmanar ett annars inom hälso- och sjukvården dominerande förhållningssätt att styra och samverka genom att fokusera på gränsindelningar, avtalstolkning och starka regelverk.

3) Utveckla ledningsstrukturer vidare, från att bättre hantera problem, till att lyfta bort "systemfelen"

De potentialer som finns inom det begynnande nära vård-systemet i Skellefteå närsjukvårdsområde skulle kunna utökas ytterligare om de olika horisontella samverkansnivåerna knöts ihop i en liknande direktsamverkan även "vertikalt". Många av de problematiker som man löser relativt väl inom de operativa samordningsgrupperna är sådana som återkommer löpande – vilket tyder på former av systemfel. Med ett tätare utbyte mellan nivåerna, och understött av en väl rustad taktisk nivå, finns möjligheterna att lyfta bort återkommande brister i systemet och serieutveckla organisatoriska innovationer som bättre och mer direkt bemöter patienternas behov – men som förutsätter möjligheter till nya samverkanslösningar mellan region och kommun.



GENOMFÖRDA INTERVJUER

Camilla Anderson, Områdeschef Närsjukvård Skellefteå, Region Västerbotten

Amelie Backman, Sjuksköterska Hemsjukvården (samordningsgrupp Bureå), Skellefteå kommun

Peter Bergman, Verksamhetschef primärvård syd, Region Västerbotten

Frida Blom, Biståndshandläggare äldre (samordningsgrupp Anderstorp), Vård och omsorg, Skellefteå kommun

Anders Edström, Enhetschef Memeologen, Region Västerbotten

Lars-Gunnar Forsberg, Biståndshandläggare (samordningsgrupp Bureå), Skellefteå kommun

Jennie Fryxell, Läkare, Anderstorp hälsocentral, Region Västerbotten

Elenor Granström, f.d Verksamhetsutvecklare, Region Västerbotten

Ejja Häman Aktell, Vård och omsorgschef, Skellefteå kommun

David Johansson, Chef Utvecklingsenhet, Socialkontoret, Skellefteå kommun

Linnea Larsson, Samordnare hemtjänsten (samordningsgrupp Bureå), Skellefteå kommun

Lina Lindmark, Chef Hemtjänsten (samordningsgrupp Bureå), Skellefteå kommun

Sara Lundberg, Verksamhetschef Vård och omsorg, Skellefteå kommun

Monika Olsson, Biståndshandläggare (samordningsgrupp Bureå), Skellefteå kommun

Marianne Persson, Samordningssjuksköterska, Bureå hälsocentral, Region Västerbotten

Rebecca Persson, Äldresjuksköterska, Anderstorp hälsocentral , Region Västerbotten

Harmeet Sandhu Kaur, Arbetsterapeut SÄBO & OBO (samordningsgrupp Anderstorp), Skellefteå kommun

Lillemor Vallström, Arbetsterapeut (samordningsgrupp Bureå), Skellefteå kommun

