

Samverkan vid vårdplanering
för patienter med komplexa behov
– ett mellanorganisatoriskt triangeldrama

Lena G Larsson

Institutionen för Medicin
Avdelningen för samhällsmedicin
och folkhälsa/enheten för
allmänmedicin
Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet

Göteborg, Sverige, 2019



Omslagsbilden är tagen av Kjell Jansson och visar min fars händer, trålbindare Lars Olof ”Olle” Larsson. ”Bödenålen” symboliserar betydelsen av samverkan för patienter med komplexa vårdbehov.

Samverkan vid vårdplanering för patienter med komplexa behov
– ett mellanorganisatoriskt triangeldrama

© Lena G Larsson 2019
lena.g.larsson@vgregion.se

ISBN 978-91-7833-442-1 (TRYCK)
ISBN 978-91-7833-443-8 (PDF)
<http://hdl.handle.net/2077/59549>

Tryckt i Göteborg, Sverige 2019
Tryckt av Brand Factory AB

Tillägnas min far

Erratablad

Delstudie IV

Larsson, L.G, Bäck-Pettersson, S, Kylén, S, Marklund, B. Gellerstedt, M. & Carlström, E. A national study on collaboration in care planning for patients with complex needs. *The International Journal of Health Planning and Management* 2019; 34 (1):646-660. doi:10.1002/hpm.2690

Publicerat stycke:

In a first bivariate regression, accessibility was tested as a dependent and collaboration as independent variable. Primary care's accessibility was considered to be most dependent on willingness ($R = 0.69$, $R^2 = 0.48$), closely followed by the municipalities of the country ($R = 0.68$, $R^2 = 0.46$).

Korrigerat stycke:

In a first bivariate regression, accessibility was tested as an *independent* and collaboration as a *dependent* variable. *Collaboration* in primary care was most dependent on *accessibility* ($R = 0.69$, $R^2 = 0.48$), closely followed by the municipalities of the country ($R = 0.68$, $R^2 = 0.46$).



Publicerad figure 2

	B	C.I.	Sign.
Accessibility	Hospitals	0.21 0.13-0.29	.00
	Municipalities	0.25 0.18-0.32	.00
	Primary care	0.27 0.18-0.36	.00

	B	C.I.	Sign.
Willingness	Hospitals	0.43 0.35-0.51	.00
	Municipalities	0.35 0.28-0.42	.00
	Primary care	0.28 0.19-0.37	.00

	B	C.I.	Sign.
Trustworthiness	Hospitals	0.23 0.15-0.31	.00
	Municipalities	0.31 0.24-0.38	.00
	Primary care	0.33 0.25-0.41	.00

	B	C.I.	R2	Sign.
Assessing org-> assessed org.	Mun/P.C->Hosp	0.26 0.09-0.51	0.59	.04
	Hosp/P.C->Mun	0.08 0.13-0.28	0.63	N.S.
	Hosp/Mun->P.C.	-0.17 0.40-0.06	0.63	N.S.

Collaboration

Korrigerad figure 2

	B	C.I.	Sign.
Accessibility	Hospitals	0.21 0.13-0.29	.00
	Municipalities	0.25 0.18-0.32	.00
	Primary care	0.27 0.18-0.36	.00

	B	C.I.	Sign.
Willingness	Hospitals	0.43 0.35-0.51	.00
	Municipalities	0.35 0.28-0.42	.00
	Primary care	0.28 0.19-0.37	.00

	B	C.I.	Sign.
Trustworthiness	Hospitals	0.23 0.15-0.31	.00
	Municipalities	0.31 0.24-0.38	.00
	Primary care	0.33 0.25-0.41	.00

	B	C.I.	R2	Sign.
Assessing org-> assessed org.	Mun-P.C->Hosp	0.26 0.09-0.51	0.59	.04
	Hosp-P.C->Mun	0.08 -0.13-0.28	0.63	N.S.
	Hosp-Mun->P.C.	-0.17 -0.40-0.06	0.63	N.S.

Collaboration

Collaboration in care planning for patients with complex needs - an inter-organisational three parts drama

Lena G Larsson

Department of Public Health and Community Medicine,
Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg,
Gothenburg, Sweden

ABSTRACT

Aims: The overall aim of this thesis was to deepen the knowledge of collaboration in care planning across healthcare provider boundaries for patients with complex care needs. Specific aims were: to highlight specialist nurses' experiences of coordinated care planning in primary care (I); to investigate care center manager's understanding of the ability of primary care to provide coordinated care planning for patients with complex needs (II); to focus on health professionals from different organizations and describe their experiences of obstacles and opportunities for collaboration with patients and their relatives and between caregivers for frail elderly patients with multiple diseases (III); to investigate inter-organisational collaboration on care efforts for patients with complex care needs (IV).

Methods: In study I and III, focus groups were used as a data collection method and analyzed with inductive qualitative content analysis. In study II, individual interviews were conducted and analyzed with deductive qualitative content analysis. In study IV, a survey was used for a total population of health managers in hospitals, health centers and medically responsible nurses (MAS) in Sweden. Data were analyzed with descriptive statistics, bivariate and multivariate regressions.

Results: The result highlights the importance of creating consensus in relation to patients and responsible healthcare providers (I). Collaboration in care planning between primary care and other healthcare providers is dominated by non-cooperation (II). Communication with patients and related parties is insufficient and delayed between care providers. There is a lack of adequate care planning and the resources are not distributed according to patients' needs (III). Each health care organization values its own ability to interact more than they value each other. Primary care and municipality attribute to each other a smoother collaboration than they attribute to hospitals, but primary care is judged to have the least accessibility, lowest degree of willingness to care and trustworthiness of the three organisations in care planning for patients with complex care needs (IV).

Conclusions: The communication skills of specialist nurses are of utmost importance for involving and supporting patients and related parties in the care process and for achieving consensus among healthcare providers in the decisions made during care planning. The healthcare manager's knowledge of primary care's participation, role and responsibility in care planning was permeated by uncertainty about the tasks. The healthcare staff emphasizes obstacles to collaboration in healthcare planning at social, organisational and individual level. With improved systems for communication, joint care plan and regulated overall responsibility for patients throughout the care process, the possibilities for collaboration increase. Health managers and MAS judge that there is an inability to inter-organisational collaboration, which to some extent can be explained by a discrepancy between one's own and others' perception of accessibility, service willingness, trustworthiness and collaboration between hospital, municipality and primary care.

Keywords: Collaboration, Complex care needs, Concordant communication, Content analysis, Individual coordinated plan, Coordination, Discharge planning, Focus groups, Frail elderly, Health care organisation, Inter-organisational collaboration, Nurses, Patient care planning, Primary health care managers, Sweden, Total population

ISBN 978-91-7833-442-1 (PRINT)

ISBN 978-91-7833-433-8 (PDF)

<http://hdl.handle.net/2077/59549>

SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA

Syfte: Det övergripande syftet med denna avhandling var att fördjupa kunskapen om samverkan vid vårdplanering över vårdgivargränser för patienter med komplexa vårdbehov. Delsyftena var: att belysa specialistsjuksköterskors erfarenheter av samordnad vårdplanering i öppen vård (I); att undersöka vårdcentralchefers uppfattning om primärvårdens förmåga att tillhandahålla samordnad vårdplanering för patienter med komplexa behov (II); att fokusera på vårdpersonal från olika organisationer och beskriva deras erfarenheter av hinder och möjligheter till samverkan med patienter och deras närstående och mellan vårdgivare för sköra äldre patienter med flera sjukdomar (III); att undersöka mellanorganisatorisk samverkan kring vårdinsatser för patienter med komplexa vårdbehov (IV).

Metod: I studie I och III samlades intervjudata från fokusgrupper. Data analyserades med induktiv kvalitativ innehållsanalys. Vid studie II genomfördes individuella intervjuer som analyserades med deduktiv kvalitativ innehållsanalys. I studie IV användes enkäter till en totalpopulation av vårdchefer på sjukhus, vårdcentraler och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i Sverige. Data analyserades med deskriptiv och sambandsökande statistik i form av bivariata och multivariata regressioner.

Resultat: Resultatet lyfter fram betydelsen av att skapa samförstånd mellan patient och ansvariga vårdgivare (I). Samverkan vid vårdplanering mellan primärvården och övriga vårdgivare domineras av icke samarbete (II). Kommunikationen med patient och närstående är otillräcklig och fördröjd mellan vårdgivare. Det råder brist på adekvat vårdplanering och resurserna distribueras inte efter patienternas behov (III). Varje organisation i landet värderar den egna förmågan att samverka högre än de värderar varandras. Primärvård och kommun tillskriver

varandra en smidigare samverkan än de tillskriver sjukhus men primärvård bedöms ha sämst tillgänglighet, lägst grad av tjänstvillighet och pålitlighet av de tre organisationerna vid vårdplanering av patienter med komplexa vårdbehov (IV).

Slutsats: Specialistsjuksköterskors förmåga att kommunicera antogs vara speciellt värdefull för att uppnå samförstånd mellan vårdgivare i de beslut som fattas vid vårdplanering. Vårdcentralchefers kunskap om primärvårdens deltagande, roll och ansvar vid vårdplanering genomsyrades av osäkerhet om uppgiften. Vårdpersonalen lyfte fram samverkanshinder vid vårdplanering på samhälls-, organisations- och individnivå. Med förbättrad kommunikation, gemensamma vårdplaner och reglering av ansvar för patienter under hela vårdprocessen antogs att samverkan kunde bli smidigare. Vårdchefer och MAS bedömde att det fanns en oförmåga att samverka vilket kan förklaras med den diskrepans som rådde mellan egna och andras uppfattning om tillgänglighet, tjänstvillighet, pålitlighet och samverkan.

Nyckelord: Fokusgrupper, Hälso- och sjukvårdsorganisation, Innehållsanalys, Integration, Komplexa vårdbehov, Mellanorganisatorisk samverkan, Samordnad individuell plan, Samordning, Samstämmig kommunikation, Samverkan, Sköra äldre, Sjuksköterskor, Sverige, Totalundersökning, Utskrivningsplanering, Vårdcentralchefer, Vårdplanering

DELSTUDIER

Avhandlingen baseras på följande studier.

- I. Olsson, M, Larsson L.G, Flensner, G & Bäck-Pettersson, S. The impact of concordant communication in outpatient care planning – nurses’ perspective. *Journal of Nursing Management* 2012;20(6):748-57. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01479.x
- II. Larsson, L.G, Bäck-Pettersson, S, Kylén, S, Marklund, B. & Carlström, E. Primary care managers’ perceptions of their capability in providing care planning to patients with complex needs. *Health Policy* 2017;121(1):58-65. doi:10.1016/j.healthpol.2016.11.010
- III. Hansson, A, Svensson, A, Hedman Ahlström, B, Larsson, L.G, Forsman, B. & Alsén, P. Flawed communications – Health professionals’ experiences of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 2018;46(7):680-689. doi:10.1177/1403494817716001
- IV. Larsson, L.G, Bäck-Pettersson, S, Kylén, S, Marklund, B. Gellerstedt, M. & Carlström, E. A national study on collaboration in care planning for patients with complex needs. *The International Journal of Health Planning and Management* 2019;34(1):646660. doi:10.1002/hpm.2690

INNEHÅLL

ABSTRACT.....	9
SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA.....	8
DELSTUDIER.....	10
INNEHÅLL	13
DEFINITIONER.....	14
FÖRORD	17
1 INTRODUKTION	19
2 TEORETISKA PERSPEKTIV	28
3 PROBLEMFÖRMULERING	31
4 SYFTE.....	32
5 MATERIAL OCH METODER	33
6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	41
7 RESULTAT	42
8 GENERELL DISKUSSION.....	54
9 METODDISKUSSION.....	63
10 SLUTSATSER.....	67
11 IMPLIKATIONER	68
12 FORTSATT FORSKNING	69
TACK.....	71
REFERENSER.....	74
DELSTUDIE I-IV.....	87

DEFINITIONER

- Hemsjukvård Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid (www.termbank.socialstyrelsen.se).
- Kommun Den kommun som enligt lag är ansvarig för att ge stöd och hjälp till en viss person (www.termbank.socialstyrelsen.se).
- Nära vård Nära vård är ett synsätt, som tar sin utgångspunkt i patienters individuella behov, förutsättningar och preferenser, med beaktande av hela hens livssituation. Den slutliga utformningen av den nära vården måste varje landsting/region och kommun göra i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov. Den nära vården innefattar verksamheter men också mellanrummen mellan verksamheterna (SOU 2018:39).
- Ordinärt boende Det som inte är särskilt boende räknas som ordinärt boende (www.termbank.socialstyrelsen.se).
- Primärvård Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser (www.termbank.socialstyrelsen.se).

Undvikbar slutenvård	Indikatorn utgår från antagandet att det går att förebygga och därmed minska antalet inläggningar för patienter med sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn. Minskningen kan ske om patienten får en samordnad och optimal vård (Socialstyrelsen, 2014-2-12).
Sjukvårdstillfälle	Avser tiden mellan inskrivning och utskrivning på sjukhuset oavsett hur många kliniker som varit involverade i vården (https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Rapport-sjukhus-klinik-vtf-uppdaterat.pdf).
Sluten vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård (www.termbank.socialstyrelsen.se).
Öppen vård	Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar (www.termbank.socialstyrelsen.se).

FÖRORD

I denna avhandling granskas hur samverkan vid vårdplanering över vårdgivargränser tillämpas inom öppen och sluten vård för patienter med komplexa vårdbehov. Vårdplanering är en relativt väl undersökt företeelse i sluten vård, men det saknas kunskap om vårdplanering i öppen vård och framför allt om primärvårdens ansvar och roll. I mitt arbete som distriktssköterska har jag under många år kommit i kontakt med patienter vilkas hälsotillstånd kräver kontinuerlig vård och behandling i både öppen och sluten vård. När hälsotillståndet gradvis försämras är det vanligt att patienter åker direkt till sjukhus istället för att först ta kontakt med primärvården. Om det finns en aktuell vårdplan och distriktssköterskan, som oftast känner patienter väl, är förtrogen med patientens situation så kan en snabb handläggning ske och nödvändiga vårdåtgärder genomföras direkt och akut inläggning på sjukhus undvikas.

I dagsläget uppstår även problem när patienter med komplexa vårdbehov behöver hemsjukvård. Då ska distriktssköterskan tillsammans med kommunens företrädare genomföra en gemensam bedömning och vårdplanering under ett hembesök. I samband med planeringen inför detta möte ifrågasätts ofta primärvårdens medicinska-, omvårdnads-, rehabiliteringsmässiga bedömningar och ordinationer samt om patienten uppfyller överenskomna kriterier för att erhålla nödvändiga hjälpinsatser. Det händer att diskussionerna drar ut på tiden så till den grad att insatserna uteblir och en oplanerad sjukhusinläggning blir det enda alternativet. Det händer också att hemsjukvårdens företrädare ger ett direkt avslag på begäran om hemsjukvård för de anser sig ha tolkningsföreträde i bedömningen av vilka patienter som uppfyller nämnda överenskommelser.

Vid vårdplanering inför utskrivning från sjukhuset är kommunen en aktiv aktör till skillnad mot primärvården och det påverkar ofta diskussionen om patienten har rätt till hemsjukvård eller inte.

Ibland sker vårdövergångar smidigt, ibland inte. Det var något jag började att fundera över och ett behov av att studera och förstå fenomenet samverkan i detta sammanhang väcktes hos mig. År 2013 blev jag inskriven som doktorand och fick möjligheten att påbörja min forskarutbildning som nu resulterat i denna avhandling.

1 INTRODUKTION

Patienter med komplexa vårdbehov

I Sverige liksom internationellt sker en förskjutning i ålderspyramiden mot en befolkning av allt fler äldre och äldreäldre (UN, 2017; WHO, 2017). I en åldrande befolkning ökar hälsoproblemen och vårdbehoven blir mer sammansatta. Hälsoproblemen begränsar patienternas livskvalitet med långvariga sjukhusvistelser och ökade behov av vårdinsatser (Borglin, Jakobsson, Edberg, & Hallberg, 2005; Condelius, Edberg, Jakobsson, & Hallberg, 2008; Lennartsson & Heimerson, 2012).

Patienter, vars vårdbehov är så omfattande att en enskild vårdgivare inte ensam kan utföra den vård och behandling som är nödvändig ökar i antal. Denna patientgrupp betecknas som multisjuka vilket implicerar att de har komplexa vårdbehov på grund av en eller flera diagnostiserade kroniska sjukdomar. De har också ett antal samtidigt förekommande hälsoproblem, sämre prognos, nedsatt autonomi, ökad frekvens akutinläggning på sjukhus och högre mortalitet (de Groot, Beckerman, Lankhorst, & Bouter, 2003; Fortin et al., 2004; Summer Meranius, 2010). De utgör en heterogen grupp som benämns olika beroende på perspektiv eller sammanhang. En stor del av patienterna är äldre vilket genererar begrepp så som sköra äldre ”frail elderly” med flera sjukdomar ”multiple illnesses”, äldre med multisjuklighet eller sjuka äldre för att nämna några (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013; SKL, 2012).

Begreppet komplexitet innebär här att patienterna har behov som genererar vårdinsatser från flera vårdgivare och som ställer krav på att samverkan fungerar vid vårdplanering på mellanorganisatorisk och interprofessionell nivå (Johnson & Bacsu, 2018). När hälso- och

sjukvårds- och socialtjänstpersonal bedömer behov av vårdinsatser är ålder och diagnos av underordnad betydelse. Istället krävs att skilda professioner möts över kompetens- och organisationsgränser (Miller, Swartwout, Schoeny, Vail, & McClenton, 2019). Det råder dessutom bristande konsensus mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst om vårdens innehåll och inriktning (Akner, 2010; Manning & Gagnon, 2017). I avhandlingen används genomgående begreppet patienter med komplexa vårdbehov.

Bedömning av vårdbehov

Det är en komplicerad uppgift att identifiera vårdbehov i synnerhet hos patienter som lever i ordinärt boende. En helhetsbedömning som görs vid ett besök i patientens hem blir ofta mer innehållsrikt och tillförlitlig än en bedömning i en vårdmiljö (Bonsall & Cheater, 2008; Gustafsson, 2012; Theile, Kruschinski, Buck, Muller, & Hummers-Pradier, 2011). I och med att allt fler patienter med komplexa vårdbehov vårdas i primärvården, är frågan om i vilken utsträckning hembesök erbjuds som ett alternativ till besök på vårdcentralen. Problemet är uppmärksammat såväl i Sverige som övriga västvärlden. I en tysk studie uppgav intervjuade läkare att de var otillfredsställda med villkoren för hembesök både vad gäller tidsåtgång och ersättning. Brådskande hembesök delegerades därför till räddningstjänsten. De betonade att det krävs en diskussion om behovet och typen av hembesök i framtidens primärvård (Theile et al., 2011). Gustafsson (2012) studerade hembesök som uppsökande verksamhet i öppen vård i svensk kontext. I studien framkom att hembesök av förebyggande karaktär inte är tillräckligt för patienter som förändras i sin sjukdom utan ytterligare insatser behövs. När vårdgivare fattar beslut i samverkan och värnar om patientens självbestämmande ökar möjligheten för patienten att bibehålla både förmågor och funktion (Gerrish & Clayton, 2004; Potter & Peden-McAlpine, 2002;

Whitton, 2000). Eftersom hälsotillståndet varierar över tid för patienter med komplexa vårdbehov är det extra viktigt att bedömningar kan genomföras kontinuerligt i hemmet utifrån patientens aktuella tillstånd och att vårdinsatserna samordnas. Det är vanligt att patienter med komplexa vårdbehov har behov av livslång kontakt med och behandling av olika vårdgivare, vilket ställer krav på samordnade vårdåtgärder (Graf, 2006; Ilinca & Calciolari, 2015; Lehnert et al., 2011; Rizza, Bianco, Pavia, & Angelillo, 2007; Singer et al., 2011). Samordningen av vårdinsatser visar sig vara särskilt viktig före, under och efter sjukhusvård (Batty, 2010; Scott, 2010; Yu, Thompson, & Lee, 2006). Sköra äldre patienter med flera sjukdomar har ofta medicinska-, omvårdnads- och rehabiliteringsmässiga behov. Omfattningen av hjälpinsatser kräver gemensamma ansträngningar från sjukhus, primärvård och kommunal vård (Ekdahl, Andersson, & Friedrichsen, 2010). Primärvården har, i likhet med flertalet länder i västvärlden en särskild roll när det gäller att integrera vårdresurser för patienter med komplexa vårdbehov, vilket ställer krav på en handlingskraftig primärvårdsorganisation med tillräckliga resurser (Kringos et al., 2013; Miller et al., 2019).

Fördelning av resurser och hur de styrs

I OECD (2016) internationella jämförelser av hur stor andel av bruttonationalprodukt (BNP) olika länder använder för hälso- och sjukvård utmärker sig USA med 16,9 procent av BNP allokera till hälso- och sjukvård, medan Luxemburg endast använder 7,1 procent. Stora skillnader mellan länderna förklaras av åldersfördelning i populationen och hur hälso- och sjukvården är organiserad och finansierad. Fördelningen av resurser mellan sjukhus, kommun och primärvård uppvisar också stora variationer mellan länder, ett exempel är primärvårdens resursfördelning. Internationella jämförelser mellan 27 europeiska länder visar

att det finns en spridning av hur primärvårdens resurser fördelas i relation till ländernas totala hälso- och sjukvårdsbudget. Schweiz fördelar drygt 25 procent till primärvården till skillnad mot Norge som allokerar knappt 6 procent (Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2015). I Sverige, där data till denna avhandling är hämtad, allokeras 18 procent av de totala sjukvårdsresurserna till primärvård (SCB, 2017). Den nationella styrningen av hur primärvårdens samordning med olika vårdgivare är inte lika utvecklad i Sverige som i Danmark, Norge, Storbritannien och Nederländerna (Iversen, Anell, Häkkinen, Kronborg, & Ólafsdóttir, 2016). I Europa finns en diskussion om att samordning av insatser mellan sjukhus, kommun och primärvårdens är alltför svag för patienter med komplexa vårdbehov. Risken för att samordning och teamarbete ska försämra tillgängligheten och kontinuiteten till allmänpraktiserande läkare betonas. I kontrast till detta framstår Norge som 2001 införde fastläkare i primärvården, vilket gett en positiv effekt på patienternas upplevelse av kontinuitet (Vårdanalys, 2017:1).

Bristande samordning mellan sjukhus, kommun och primärvård beskrivs vara ett ansenligt problem för svensk hälso- och sjukvård (Vårdanalys, 2016:1). Sverige är ett av de länder där patienter i lägst utsträckning upplever smidiga övergångar i rörelsen mellan sjukhus, kommun och primärvård (Vårdanalys, 2016:5, 2017:9). Dessutom är 10 procent av svenska patienters vårdbehov så omfattande att en enskild vårdgivare inte ensam kan utföra den vård och behandling som är nödvändig (Vårdanalys, 2017:3).

Vårdplanering

Begreppet vårdplanering definieras (Kendall, Muenchberger, Sunderland, Harris, & Cowan, 2012) som upprättandet av partnerskap mellan flera organisationer inom sektorer med olika perspektiv.

Vårdplanering är ett hjälpmedel för att hantera vårdbehoven hos patienter med multisjuklighet. Den genomförs när patient, närstående och vårdgivare för en dialog om vårdbehov och tillsammans planerar insatser (Baker, Leak, Ritchie, Lee, & Fielding, 2012). Samordnad vårdplanering beskrivs som en process där kommunikation och dialog är väsentliga aspekter i relationen mellan deltagarna (Efraimsson, 2005; Hedberg, Cederborg, & Johanson, 2007). Samordning vid vårdplanering definieras på olika sätt. Socialstyrelsens termbank beskriver samordning som en koordination av resurser och arbetsinsatser för att er hålla högre kvalitet och större effektivitet. En annan definition är när aktiviteter organiseras som en väl fungerande helhet ur patientens perspektiv (Vårdanalys, 2016:1).

Vid vårdplanering behövs rutiner för informationsutbyte och ansvarsfördelning som stärker patientens möjlighet att påverka processen (Allen, Hutchinson, Brown, & Livingston, 2017; Gonçalves-Bradley et al., 2017; Socialstyrelsen, 2017b). Vid upprättandet av vårdplanen menar Hedberg et al. (2007) att patienten behöver inbjudas för att "föra sin egen talan" om sin situation och göras delaktig i de beslut som fattas. Det sker genom att samtalen förs på ett enkelt språk och att företrädarna för de olika professionerna samarbetar (Efraimsson, Sandman, Hyden, & Rasmussen, 2004; Efraimsson, Sandman, & Rasmussen, 2006). Patienternas uppfattning om den egna situationen är starkt beroende av hur deltagarna vid samordnad vårdplanering involverar och stödjer dem (Olsson, Larsson, Flensner, & Bäck-Pettersson, 2012; Prokop, 2016; Sundin, Jansson, & Norberg, 2002).

Vid samordnad vårdplanering deltar personal från berörda vårdgivare, alla med relevant kompetens för att tillgodose patientens behov av vård- och omsorgsinsatser efter utskrivningen (SOSFS, 2005:27). Samordnad vårdplanering ska, enligt svensk lagstiftning, dessutom genomföras vid utskrivning från sjukhus, men endast i 30 procent av fallen

medverkar samtliga aktörer från sjukhus, kommun och primärvård (SKL, 2012; IVO, 2018).

Samordnad vårdplanering mellan sluten och öppen vård regleras i nationella styrdokument sedan flera år (SFS, 1990:1404, 2009:400; SOSFS, 1996:32, 2005:27, 2011:9). Dessa styrdokument används som ett verktyg för att minimera byte av vårdgivare och för att skapa kontinuitet och trygghet för patienten. I styrdokumenten fastställs att samordnad vårdplanering vilar på en värdegrund som betonar tre huvudfrågor. Den första handlar om att värna patientens integritet. Den andra lyfter fram personalens skyldighet att främja samverkan för god och säker vård. Den tredje frågan belyser det ekonomiska perspektivet, där snabb utskrivning från sluten vård är ett högt prioriterat och lagstadgat mål (Efraimsson, 2005). I Sverige kom ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård att träda i kraft år 2018 (SFS, 2017:612). Texten i socialtjänstlagen (SOL) (SFS, 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS, 2017:30) är identiska. Där fastslås att när den enskilde har behov av samordning av insatser enligt SOL och HSL ska en samordnad individuell plan (SIP) (SFS, 2009:981) och fast vårdkontakt erbjudas oavsett patientens ålder, diagnos, funktionsförmåga, behov eller var patienten för tillfället vårdas (Socialstyrelsen, 2017a; SOU, 2015:20, 2016:2). De överenskommelser och riktlinjer som tagits fram, utifrån den nya lagstiftningen, har till syfte att reglera betalningsansvar och att konkretisera ansvarsfördelning och rutiner mellan och inom kommuner och landsting (Vårdanalys, 2018:11). Cirka 49 procent av kommunerna uppgav år 2018 att det fanns skriftliga och beslutade rutiner på ledningsnivå om att den äldre ska informeras om möjligheten att få en SIP, det är 5 procent fler i jämförelse med 2017 (Socialstyrelsen, 2019).

Studier av samordnad vårdplanering för patienter med komplexa vårdbehov har utförts främst i slutenvård när patienter överförs från sjukhus till öppenvård, utifrån sjukhusperspektiv (Efrainsson, 2005), socialtjänstperspektiv (Hellström Muhli, 2003), patient-och anhörig perspektiv (Gonçalves-Bradley et al., 2017; Griffith, Brosnan, Lacey, Keeling, & Wilkinson, 2004; Hedberg et al., 2007; Hedberg, Johanson, & Cederborg, 2008; McKeown, 2007; Ramfelt & Lutzen, 2005) och ur professionsperspektiv (Atwal & Caldwell, 2002; Dunnion & Kelly, 2008).

Vårdplanering i slutenvård har också studerats utifrån ett välfärdsteknologiskt perspektiv, vilket innebär att fler aktörer tillsammans med patient och närstående involveras i vårdplaneringsprocessen (Hofflander, 2015; Winge, 2016) men också ur ett interprofessionellt perspektiv där bedömning av patienter sker utifrån både ett medicinskt och socialt sammanhang (Miller et al., 2019).

Vårdansvar

I Sverige är patientansvaret uppdelat på tre huvudmän. Tidigare, innan 1992 ansvarade kommunerna för sociala insatser och landstingens slutenvård och primärvård för de medicinska. År 1992 övergick hälso- och sjukvårdsansvaret för patienter i särskilt boende till kommunen i samband med att Ädelreformen (Carlström, 2005). Alla kommuner i landet utom Stockholms läns landsting har tagit över hälso- och sjukvårdsansvaret från landstingens primärvård för patienter i ordinärt boende (SOU, 2004, 2016:2). Det innebär att när patienter överförs till kommunernas hemsjukvård ligger det medicinska ansvaret hos primärvårdens läkare. Patienters situation och sjukdom avgör var omvårdnads- och rehabiliteringsansvaret ska ligga (SOU, 2004:68, 2015:20). Men i vilken omfattning och hur denna förändring av vårdansvar ska säkerställas råder en viss osäkerhet om och få studier beskriver hur denna process fungerar i praktiken.

Den nära vården

Nära vård är ett relativt nytt begrepp som avser vård i primärvård, tandvård eller i patientens hem samt öppen specialiserad vård som bedrivs utanför de stora akutsjukhusen, på närsjukvårdscentrum, mindre sjukhus eller andra öppna vårdformer. Med primärvård avses den vårdnivå som bedrivs i öppen vård på vårdcentral och med kommunal vård avses kommunal hälso- och sjukvård eller hemsjukvård. I öppen vård ingår även öppen psykiatrisk vård (SOU, 2016:2, 2018:39).

Primärvården har en central roll att erbjuda hela befolkningen, tillgång till förebyggande vårdinsatser, oavsett ålder (Anell, Glenngård, & Merkur, 2012; Smith et al., 2012). Det antas att om patienter får ett kvalificerat omhändertagande i primärvården kan vård på sjukhus förhindras, så kallad ”undvikbar slutenvård” eller ”onödig inläggning” (Correa-Velez, Ansari, Sundararajan, Brown, & Gifford, 2007; Larsen, Falk, & Bångsbo, 2013). Men det kräver att primärvården arbetar förebyggande för att inläggning på sjukhus ska undvikas (SOU, 2108:39). Problemet är att primärvårdens ansvar är tämligen osynligt i sammanhanget (Carlström, Hansson Olofsson, Olsson, Nyman, & Koinberg, 2015; Rennke et al., 2013). I socialstyrelsens ”öppna jämförelser” framkom att 83 procent av de patienter som var 80 år och äldre och som skrevs in akut på sjukhus, var mellan 69 och 94 procent av inläggningarna oplanerade. Andelen som kunde ha behandlats inom ramen för primärvården är dock oklart (Larsen, 2015; Socialstyrelsen, 2012).

För patienter med komplexa vårdbehov anses det viktigt att de professionella har kunskap om och förståelse för samverkansprocesser som underlättar planering av vårdinsatser (Barrett, Latham, & Levermore, 2007; McCrory, 2019; Woodhouse, 2009). Det finns emellertid problem med att integrera den vård som bedrivs över huvudmannagränser.

Frågor uppstår om Socialtjänstlagen (SFS, 2001:453) eller Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30) ska väga tyngst vid bedömning av vårdansvar och vårdåtgärder (Carlström, 2005). När samordningen av hälso- och sjukvården och kommunal hälso- och sjukvård fallerar, riskerar patienterna att ”falla mellan stolarna” och det finns en risk för att ingen av vårdgivarna tar det samordnade vårdansvaret. Avhandlingens omslagsbild vill illustrera vikten av att skapa ett nätverk av samverkan så att ingen patient med komplexa vårdbehov faller igenom det skyddande nätet.

Primärvårdens uppgift att initiera och genomföra samordnad vårdplanering inom öppen vård konkurrerar med många olika intressen. Motstridiga mål bidrar till svårigheter att uppnå balans mellan olika särintressen. Utmärkande för offentliga organisationer är att de sköter service utan vinstintresse, är underordnade politisk styrning och har en finansiering som utgör ett styr- och kontrollinstrument (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Samverkan anses kunna förebygga splittring mellan integrerade system och tröga konservativa traditioner och istället gynna flödet av aktiviteter över organisatoriska gränser (Bookey-Bassett, Markle-Reid, McKey, & Akhtar-Danesh, 2016; Szebehely & Trydegard, 2012).

2 TEORETISKA PERSPEKTIV

För att operationalisera fenomenet samverkan vid vårdplanering över vårdgivargränser för patienter med komplexa vårdbehov och tolka resultaten i avhandlingen användes både vårdvetenskapliga och samhällsvetenskapliga teoretiska utgångspunkter som bidrog till att lyfta fram vårdplaneringens utmaningar på såväl individ- som strukturnivå (Åsberg, 2001).

Orlando (1961) visar hur fakta, känslor och förhållningssätt påverkar interaktionsmönstret i vårdprocessen. Vid interaktion är förmågan till reflektion avgörande för bedömningen av specifika behov, den aktuella situationen och vilka vårdåtgärder som ska vidtas. Orlando (1961) betonar det unika hos varje enskild individ och framhåller att människan befinner sig i kontinuerlig utveckling oavsett ålder. Den främsta uppgiften för vårdpersonalen är att förstå och leva sig in i patientens situation, kunna planera och genomföra vårdåtgärder som tillgodoser patientens olika behov. Dessutom är utvärderingen en viktig del i vårdprocessen, för att förhindra att inadekvata insatser upprepas men också för att bearbeta gemensamma problem som uppstår vårdgivare emellan.

Kommunikationen mellan vårdgivare vid vårdplanering påverkas av olika strukturella förutsättningar som utgår från respektive vårdgivares perspektiv, organisatoriska förhållanden och regelverk (Danermark, 2005). Den sker på olika nivåer och i vårdplaneringsammanhang finns en risk för konflikter när vårdgivare från olika organisationer ska bedöma och besluta om vårdinsatser (Duldt, 1991, 1995).

Offentliga organisationer har en tendens att växa till allt fler enheter och underavdelningar vilket påverkar möjligheten till samverkan.

Detta medför ökad fragmentering och leder till en begränsad styr- och ledningsförmåga. Offentlig verksamhet är alltså betraktad som svårstyrd och behäftad med ökande samordnings- och samverkansproblem (Brunsson & Olsen, 1993). Det blir allt fler aktörer, och samhället tilltar i komplexitet och styρνivåer vilket ställer ökande krav på överlappande och sammanfogande strategier (Hood, 1991).

Axelsson och Bihari Axelsson (2013) teori om vertikal och horisontell samverkan synliggör konkurrens, samarbete, samordning och samverkan. Modellen är utvecklad från studier av offentlig förvaltning i svensk kontext. Författarna beskriver olika grader av vertikal och horisontell integrering. Den vertikala integreringen sker i en hierarkisk organisation medan en horisontell integrering sker genom kommunikationen mellan olika aktörer i ett nätverk. I det här sammanhanget innebär samordning att undvika överlappning och dubbelarbete. Samverkan är att gå ett steg längre. Det innebär att bjuda till, och i motsats till samordning att överlappa när det finns ett behov av en smidig process vid övergången mellan berörda organisationer. Samverkan betraktas alltså som något mer än samordning (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013).

För att bedöma graden av samverkan mellan vårdgivare används Berggren (1992) och Westrin (1986) samarbetsmodell här. Modellen är utvecklad i en svensk organisationskontext, anpassad för offentlig drivna vårdformer och bygger på följande fyra steg. 1. Separation innebär icke samverkan, det vill säga, parterna agerar var för sig. 2. Koordination betyder samordning och utbyte av tjänster eller att parterna remitterar patienten mellan sig. 3. Kollaboration innebär samverkan mellan parter som arbetar kring patienter och erbjuder helhetslösningar med uppföljning. 4. Integration utgörs av sammansmältning, parterna utför varandras uppgifter gemensamt och prestigelöst (Berggren, 1992; Westrin, 1986).

För att uppnå integration menar Ovretveit (2013) att olika vårdgivare måste bygga en gemensam organisation med samordning som utgångspunkt för att optimera samtligas resurser. En gemensam organisationsmodell av detta slag torde också kräva tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet vårdgivarna emellan (Carlström, 2012). Tillgänglighet innebär att resurserna är tillräckliga, att det finns geografisk närhet och rimliga öppettider (Gulliford et al., 2002). Med tjänstvillighet menas att respektive vårdgivare anstränger sig för att prioritera och tillhandahålla de tjänster som krävs (Marks, Malizio, Hoch, Brody, & Fisher, 1983; Rutledge, Whyte, Abell, Brown, & Cesnales, 2011). Pålitlighet innebär att vårdgivarna säkrar vårdkvaliteten genom vårdsystem, utbildning, kompetens och förhållningssätt (Chassin & Loeb, 2011). Tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet innebär i praktiken att det finns tillit till varandra och en vilja att vidmakthålla goda relationer mellan vårdgivarna både informellt och formellt (Aiken & Boush, 2006; Ring & Van de Ven, 1992; Scott & Davis, 2016). Tilliten mellan de samverkande organisationerna stärks genom en effektiv och högkvalitativ vårdprocess (Carlström et al., 2015; Koopmanschap, Rutten, van Ineveld, & van Roijen, 1995; Ramsaran-Fowdar, 2005; Ring & Van de Ven, 1992).

3 PROBLEMFÖRMULERING

Av litteraturgenomgången framgår att patienter med komplexa vårdbehov i allt större utsträckning behöver kvalificerad vård och behandling i hemmet. Detta ställer krav på att det sker en samverkan vid vårdplanering mellan sjukvårdens tre huvudaktörer; sjukhus, kommun och primärvård. Statliga direktiv reglerar samverkan över organisationsgränser liksom att primärvården har ett ansvar för att initiera och samordna vårdplanering för patientgruppen.

Trots detta uppstår det friktion när patienter överförs från den ena vårdgivaren till den andra. Framför allt när det gäller samverkan. Brister i ansvarstagande, genomförande och samordning mellan vårdgivarna har konstaterats. Detta problem är fokus i denna avhandling.

4 SYFTE

Avhandlingens övergripande syfte var att fördjupa kunskapen om samverkan vid vårdplanering över vårdgivargränser för patienter med komplexa vårdbehov.

Delstudiernas syften

Syftet i studie I var att belysa specialistsjuksköterskors erfarenheter av samordnad vårdplanering i öppen vård. Det följdes av att i studie II undersöka vårdcentralchefers uppfattning om primärvårdens förmåga att tillhandahålla samordnad vårdplanering för patienter med komplexa behov. Syftet i studie III var att fokusera på vårdpersonal från olika organisationer och beskriva deras erfarenheter av hinder och möjligheter till samverkan med patienter och deras närstående och mellan vårdgivare för sköra äldre patienter med flera sjukdomar. Studie IV syftade till att kartlägga mellanorganisatorisk samverkan kring vårdinsatser för patienter med komplexa vårdbehov på ett nationellt plan.

5 MATERIAL OCH METODER

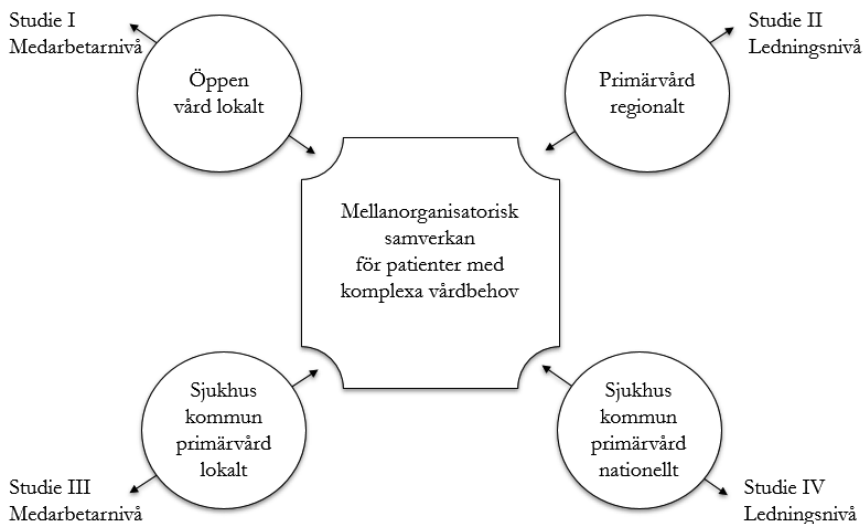
Avhandlingen utgörs av en sammanläggning av fyra delstudier (Tabell 1). Både induktiva och deduktiva forskningsmetoder användes innefattande såväl kvalitativa som kvantitativa analyser. Delstudierna synliggör betydelsen av samverkan vid vårdplanering över vårdgivargränser för patienter med komplexa vårdbehov. Studierna har genomförts på nationell nivå, regional nivå som avser Västra Götalandsregionen och lokal nivå som avser Fyrbodalen.

Tabell 1. Översikt av design, data, deltagare och analys för studie I-IV

Delstudie	I	II	III	IV
Design	Kvalitativ deskriptiv	Kvalitativ explorativ	Kvalitativ explorativ	Kvantitativ deskriptiv
Data	Fokusgrupp	Semistrukturerad intervju	Fokusgrupp	Enkät
Deltagare	Specialist-sjuksköterska	Vårdcentralchef	Vårdpersonal Närstående	Vårdchef MAS
Analys	Induktiv innehållsanalys	Deduktiv innehållsanalys	Induktiv innehållsanalys	Deskriptiv och sambandsökande statistik

De fyra studier som ingår denna avhandling har sin utgångspunkt i samverkansproblem mellan olika vårdgivare i samband med kliniskt arbete i primärvård, vilket var i fokus när den första studien (I) genomfördes. Den handlade om medarbetares erfarenheten av samverkan i öppen vård på lokal nivå. Resultatet pekade på ledningens betydelse för att skapa en gynnsam samverkan. Detta resultat var utgångspunkten till

nästa studie (II) som undersökte samverkan på ledningsnivå inom primärvård i regionen. I båda studierna (I-II) pekade resultaten på att samverkansproblemet hänger samman med komplext sjuka patienters vårdövergångar mellan sjukhus, kommun och primärvård. Därför kom den tredje studien (III) att innefatta medarbetares erfarenheter av samverkan i alla tre organisationerna. Studierna I, II och III genomfördes på lokal och regional nivå, men den fjärde (IV) studien var en nationell undersökning av ledningsnivån på sjukhus, i kommuner och primärvård. Meningen med en utökad studie var att pröva de resultat som tidigare studier pekat på, det vill säga mellanorganisatoriska hinder i samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal vård, i ett nationellt sammanhang (Figur 1).



Figur 1. Översikt av studiernas genomförande på medarbetar-, lednings-, lokal-, regional och nationell nivå

Delstudie I

Deltagare

I studie I tillämpades ett strategiskt urval av specialistsjuksköterskor (n=10) på psykiatriska öppenvårdsmottagningar och på vårdcentraler i ett område inom Västra Götalandsregionen. Med hjälp av enhetschefer och vårdcentralchefer tillfrågades sjuksköterskorna om att delta i studien. Nio var kvinnor och en var man. Av dessa arbetade fem i storstad och fem på landsbygd. Deltagarnas kliniska erfarenhet varierade mellan 3 och 38 år. Alla deltagare hade mer än 3 års erfarenhet av vårdplanering för patienter med komplexa vårdbehov.

Metod

Studie I, hade en kvalitativ induktiv design och datainsamlingen genomfördes under år 2011 med två fokusgruppsintervjuer, en med specialistsjuksköterskor i psykiatri och en med distriktsköterskor på vårdcentral. Deltagarna inbjöds till att beskriva hur situationer hanterades när vårdgivarna gjorde olika bedömningar av patienternas vårdbehov. Till stöd för intervjuerna användes en intervjuguide som var anpassad till kontexten (Krueger & Casey, 2000; Kvale, 1996).

Analys

Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Texten lästes flera gånger för att er hålla en känsla för helheten, delades därefter in meningsenheter som kondenserades och kodades. Koder med liknande innehåll grupperades till nio subkategorier som formade fyra kategorier med avseende på textens manifesta innehåll. Från dessa kategorier formulerades det övergripande temat vilket sammanfattade textens latent innehåll.

Delstudie II

Deltagare

Studie II, hade en kvalitativ deduktiv design och datainsamlingen genomfördes under oktober 2013 till juni 2014 med individuella intervjuer av vårdcentralchefer (n=18). Deltagarna valdes ut strategiskt utifrån vårdcentralernas storlek, upptagningsområde, geografi och socioekonomiskt område i Västra Götalandsregionen som har ett befolkningsunderlag av 1,6 miljoner invånare. Offentligt och privat drivna vårdcentraler inkluderades (Kvale & Brinkman, 2009; Polit & Beck, 2011). Hälften av vårdcentralerna hade fler än 8 000 listade patienter.

Metod

Till stöd för intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide som baserades på Berggren (1992) och Westrin (1986) samverkansmodell. Cheferna uppmanades att identifiera den egna vårdcentralens samverkan på en fyrgradig skala, när en vårdplanering planerades och genomfördes tillsammans med kommunen. Under intervjuens avslutningsfas uppmanades cheferna att, med utgångspunkt från modellen, identifiera hur primärvården samverkar med andra vårdgivare. Intervjuerna varade i ungefär 60 minuter, spelades in och transkriberades ordagrant.

Analys

Intervjuerna analyserades med en deduktiv innehållsanalys enligt Hsieh och Shannon (2005). De lyssnades igenom flera gånger och transkriberad text lästes, kodades efter Berggren (1992) och Westrin (1986) samverkansmodell, baserat på en kodningsram som representerade kärnkonstruktionerna och modellens specifika komponenter. Text som inte kunde koda med hjälp av modellen identifierades och analyserades senare med avseende på representation för en ny kategori eller underkategori av befintliga koder (Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn, & Olsson, 2014).

Delstudie III

Deltagare

Studie III, hade en kvalitativ induktiv design och datainsamlingen genomfördes under 2014 genom fokusgruppsintervjuer av läkare (n=6), sjuksköterska (n=9), fysioterapeut (n=1), arbetsterapeut (n=2), biståndshandläggare (n=3) och närstående representant (n=3). Deltagarna valdes ut genom ett strategiskt urval av kliniskt erfaren vårdpersonal från ett sjukhusområde samt kommuner och vårdcentraler anslutna till sjukhuset, på lokal nivå. Samtliga hade erfarenhet av samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus.

Metod

Under de tre fokusgruppsintervjuerna (n=28) presenterades tre vinjetter, det vill säga fiktiva patientberättelser som baserats på verkliga händelser; en patientberättelse presenterades per vinjett och en vinjett i varje fokusgrupp (Jackson, Harrison, Swinburn, & Lawrence, 2015; Viney & Bousfield, 1991). Vinjetterna beskrev fall där patienter rört sig mellan olika vårdnivåer och de utmaningar som uppstod. Deltagarna läste den tilldelade vinjetten och därefter genomfördes en semi-strukturerad intervju där deltagarna uppmanades att beskriva hur de skulle ha behandlat patienten. De skulle också diskutera med övriga i gruppen om hinder och möjliga lösningar för samverkansåtgärder för att minimera behovet av återinläggning på sjukhus. I fokus var olika praktiska lösningar som var möjliga att förverkliga. Varje fokusgrupp leddes av två forskare, en moderator och en observatör (Morgan, 1997). Intervjuerna varade mellan 60 till 90 minuter, de spelades in och transkriberades ordagrant.

Vinjetterna skapades utifrån intervjuer med återinlagda patienter efter utskrivning från sjukhus (Socialstyrelsen, 2011) från ett utökat frågeformulär inom Webbkollen (SKL, 2015) under hösten 2014 till våren

2015. Två av forskarna konstruerade tre vinjetter som skiljde sig åt beträffande kön, diagnos, inskrivna i hemsjukvård eller inte. De bedömdes alla behöva samordnade insatser från flera vårdgivare för att undvika en oplanerad återinläggning. Vinjetterna validerades av en grupp av sjukvårdsanställda, innan den definitiva utformningen fastställdes. Vinjetterna var anonymiserade och kunde inte kopplas till någon specifik person. (Hughes, 1998; Jackson et al., 2015; Viney & Bousfield, 1991).

Analys

En induktiv innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). Texten lästes igenom av forskarna som genomfört respektive fokusgruppsintervju. Meningsenheter identifierades, kondenserades och kodades. Baserat på likheter och skillnader sorterades koder och subkategorier. Kategorier och teman formulerades. Resultaten slogs sedan samman i en text, giltig för samtliga fokusgruppsintervjuer och diskuterades inom forskargruppen, analysen utmynnande i åtta kategorier och två teman.

Delstudie IV

Deltagare

Till studie IV inbjöds 2 095 vårdchefer och medicinska ansvariga sjuksköterskor (MAS). Deltagna var vårdenhetschefer för somatiska och psykiatriska vårdavdelningar på sjukhus (n=862), MAS i landets kommuner (n=225) och verksamhetschefer på samtliga vårdcentraler (n=1 008). Vårdchefer inom barn- och rättspsykiatrisk vård exkluderades.

Metod

Studien genomfördes som en enkätstudie av en totalpopulation av svenska vårdchefer och MAS under perioden januari 2016 till juli 2017.

Data insamlades genom en elektronisk enkät (esMaker). Ett geografiskt pilotområde utsågs för ett första enkätutskick. Enkäten bestod av frågor om tillgänglighet, tjänstvillighet, pålitlighet och samverkan i ärenden som gällde patienter med komplexa vårdbehov, samt demografiska frågor. Svaren noterades på en 9-gradig Likert-skala som inkluderade alternativet vet ej. Möjligheten att lämna kommentar fanns vid samtliga frågor.

Enkäten skickades till såväl offentlig som privat verksamhet och genomfördes region för region i takt med att samtycke från respektive förvaltningsledning inkommit. E-postadresser hämtades via personalavdelningar, vårdvalskontor, hemsidor och katalogfunktionen för hälso- och sjukvårdens adressregister (HSA) Inera samt via Västra Götalandsregionens webbplats.

Enkätutveckling

Enkäten utvecklades, granskades och justerades av en expertgrupp bestående av forskare och klinisk verksamma inom området (Trost, 2012). Gruppen bestod av fem forskare med erfarenhet från instrumentutveckling och validering av instrument. Dessutom engagerades fyra praktiker med minst 10 års erfarenhet av patienter med komplexa vårdbehov och samverkan mellan vårdgivare. I syfte att skapa ett vetenskapligt instrument utvecklade expertgruppen verktyget steg för steg. I det första steget utvecklades dimensioner baserade på teorier om tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet. Dessa dimensioner betraktades som oberoende variabler som bidrog till samverkan (Carlström et al., 2015; Ramsaran-Fowdar, 2005; Ring & Van de Ven, 1992). Med utgångspunkt från dimensionerna skapades enskilda frågeställningar där representanter för respektive organisation värderade samverkande parter. Frågeställningarna anpassades till exemplet patienter med komplexa behov som växelvis vårdas på sjukhus, i kommuner och primärvård. Efter detta granskades instrumentet ytterligare tre omgångar av

såväl forskare som praktiker. Instruments dimensioner och frågor justerades och tydliggjordes. Granskningen av instrumentet syftade till att fastställa ”face validity”, det vill säga en kombination av logik, relevans, förståelse, läsbarhet, tydlighet och användbarhet (Bowling, 2005; Trost, 2012). Slutligen prövades instrumentet i en pilotstudie inom ett geografiskt område. Data från pilotstudien inkluderades i studien.

Analys

Reliabiliteten hos dimensionerna analyserades genom att beräkna Cronbach´s alpha till ett värde av 0,654-0,868 (Field, 2011; Tavakol & Dennick, 2011). Enkäterna numrerades och dess variabler matades in i programmet ”Statistical Package for the Social Sciences 17.0”(SPSS). Statistisk signifikans fastställdes till $p < 0,05$ (Altman, 1991). Analysen utgjordes av deskriptiva data, central- och spridningsmått samt sambandsökande analys i form av bivariata och multivariata regressioner.

6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studie I följde forskningsetiska principer enligt Helsingfors-deklarationen (World Medical Association, 2008). Signerat informerat samtycke erhöles från samtliga deltagare. Alla informerades om att deltagandet var frivilligt, att konfidentialitet garanterades och att de kunde avsluta medverkan i studien när som helst utan någon förklaring. Forskningsetiska Kommittén vid Högskolan Väst godkände studien (Dnr.2011/17B22).

Studien II godkändes av Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg, [Diarienummer; 2013-08-09, 584-13].

Deltagarna i studie III fick skriftlig och muntlig information. De informerades om att deltagande inte innebar några risker, att det som sades i rummet inte skulle vidarebefordras till tredje part, att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande, att inga obehöriga hade tillgång till studiens data och att deras identitet inte kunde härledas i den slutliga texten. Deltagarna lämnade både muntligt och skriftligt samtycke och gavs tid att ompröva sitt deltagande.

Studien IV genomfördes i enlighet med svensk etiskt regelverk och datalagring vid forskning (SFS, 2003:460, 2018:1092). Personuppgifterna behandlades enligt personuppgiftslagen (SFS, 1998:204). I instruktionen till frågeformuläret beskrevs studiens bakgrund, syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Informations-, konfidentialitet och nyttjandekravet uppfylldes utifrån etiska riktlinjer för forskning som inte medför intrång som påverkar deltagarna (SFS, 2003:460).

7 RESULTAT

Delstudie I

Resultatet från Studie I sammanfattas i ett övergripande tema, fyra kategorier och nio underkategorier som belyser specialistsjuksköterskors erfarenheter av samordnade vårdplanering i öppenvård (Tabell 2).

Tabell 2. Tema, kategorier och subkategorier

Tema	Skapa samförstånd i relation till patient och ansvariga vårdgivare			
Kategorier	Förstå och balansera mellan patientens förmåga och behov	Involvera patienten i beslut	Överföra information mellan vårdgivare	Uppnå överens-kommelse mellan ansvariga vårdgivare
Sub-kategorier	Känna till patientens vårdbehov	Låta patienten komma till tals	Få till stånd en dialog	Förhindra gräzons-problematik
	Anpassa stödet utifrån patientens funktionsnivå	Motivera till hjälp och eget ansvar	Dokumen-tera patient-säkert	Styras av ekonomiska beslut
		Stödja familjen		

Skapa *samstämmig kommunikation* i relation till patient och vårdgivare innebär att förstå och balansera mellan patientens *behov och förmåga*.





Deltagarna upplevde det svårt att få en förståelse för betydelsen av deras bedömning av vårdbehov från andra professionella grupper men när bedömningen utfördes gemensamt i patientens hem ökade förståelse och samstämmigheten i besluten. För att *involvera* patienterna i beslutsprocessen, ansåg deltagarna att det var viktigt att låta patienterna berätta om hur de ville ha det. Deltagarna påtalade det dilemma som uppstod när de själva men inte patienten ansåg att vårdinsatser behövdes. I denna situation var det extra viktigt att agera med respekt för patienten. För att uppmuntra de *anhöriga* att delta i beslutsprocessen, var det nödvändigt med upprepade kontakter men också att ge stöd baserat på patientens livssituation.

Vid *överföring* av information mellan vårdgivarna var det extra viktigt att de kände varandra och kunde föra en konstruktiv dialog. Men bristen på enhetligt språkbruk, gemensamma termer och begrepp försvårade dialogen, i synnerhet i akuta situationer. För att ansvariga vårdgivare skulle kunna uppnå överenskommelser ansåg deltagarna att det var nödvändigt att uppnå konsensus om "*gränsproblem*" i syfte att förhindra mellanorganisatoriska stridigheter som påverkade patientens situation negativt. Dessutom var deltagarna bekymrade över den omfattning som *ekonomiska* beslut styrde samordnad vårdplanering.

Delstudie II

Resultatet från Studie II visar vårdcentralchefernas uppfattning om uppgiften, av ansvar för och tillämpningen av samordnad vårdplanering samt deras vision av primärvårdens roll (Tabell 3).

Tabell 3. Fördelning av samarbetsnivåer för samordnad vårdplanering och bedömning av praxis baserat på intervjuerna (n=18)

	 Separation (n=)	 Samordning (n=)	 Samverkan (n=)	 Integration (n=)
<i>Uppfattning om</i>				
<i>Uppgift</i>	18			
<i>Ansvar</i>	14	4		
<i>Tillämpning</i>	17	1		
<i>Vision</i>			18	

Vårdcentralcheferna uppfattade primärvårdens *uppgift* att samordna vårdplanering för patienter med komplexa vårdbehov som otydlig. De flesta av cheferna uppfattade att det inte fanns ett tydligt *ansvar* för vårdplanering av patienter med komplexa vårdbehov som vårdas i ordinärt boende. Däremot var de medvetna om primärvårdens medicinska uppdrag. De ansåg att en otydlighet om uppdraget var orsaken till att primärvården inte tog sitt ansvar för att vårdplanera i den utsträckning det borde göras. Otydligheter i vårdansvaret skapade också problem när det gällde fördelningen av kostnaderna mellan vårdgivarna.

Vårdcentralcheferna bedömde att samordnad vårdplanering sällan eller aldrig *tillämpades* i primärvården för patienter med komplexa vårdbehov. Om det tillämpades, genomfördes planeringen inte i organiserad form utan snarare utifrån tillfälliga, spontana möten eller genom telefonkontakt med personal i hemsjukvården. Oklara regler medförde att det uppstod konflikter i enskilda patientfall mellan medarbetare i primärvården och kollegorna i den kommunala vården. Dessa konflikter kom till uttryck vid överrapportering, vid bedömning av vårdbehov, vilka vårdinsatser som krävdes och vid förhandling om vem som skulle ha det formella ansvaret att upprätta och genomföra vårdplanen. För att primärvården ska klara av uppdraget att initiera och samordna vårdplanering i *framtiden* framhöll vårdcentralcheferna att det krävs en genomgripande strukturförändring av verksamheten vad det gäller kompetens-, organisationsutveckling och ekonomisk fördelning.

Bedömning av samverkan med andra vårdgivare

När cheferna med hjälp av Berggren (1992) och Westrin (1986) modell visualiserade hur de samverkar med andra vårdgivare, ansåg majoriteten att kontakten dominerades av separation det vill säga att parterna inte samverkade. Även bland de chefer som var tveksamma i sin bedömning var det få som ansåg att det existerade någon samverkan i egentlig mening. Enligt modellen överensstämmer chefernas visualisering med den beskrivning som framkom under intervjuerna. Resultatet tyder på att det råder en separation mellan primärvården och övriga vårdgivare vid vårdplanering för patienter med komplexa vårdbehov.

Delstudie III

Resultatet av Studie III visade att utifrån fiktiva berättelser, så kallade vinjetter handlar vårdpersonalen i enlighet med vad som förväntades av dem i deras yrkesroll, när omständigheterna är optimala. Dessutom beskrev deltagarna vilka hinder och möjligheter som fanns för att förbättra samverkan mellan vårdgivare, patienter, närstående och olika yrkesgrupper av vårdpersonal (Tabell 4).

Tabell 4. Hinder och möjligheter till förbättrad samverkan mellan vårdgivare, patienter, närstående samt mellan vårdpersonalens professioner

Hinder	Möjligheter
Otillräcklig kommunikation med patienter och närstående	Information till patienter och närstående är anpassade efter deras behov
Fördröjd kommunikation mellan vårdgivare	Förbättrad kommunikation mellan vårdgivare
Brist på adekvat vårdplanering	En gemensam vårdplan upprättas och en person är ansvarig för planering och uppföljning
Resurser distribueras inte efter patienternas faktiska behov	Ekonomiska resurser omfördelas mellan vårdgivare

Hinder

Deltagarna beskrev att *kommunikationen var otillräcklig* mellan vårdgivare å ena sidan och patienter och deras närstående å andra sidan. Äldre patienter fick varken information om var de hörde hemma i vårdsystemet eller vem som ansvarade för samordningen av vården. Närstående förväntades ta ett stort ansvar efter patientens utskrivning från sjukhuset. De var ofta oförberedda eftersom de saknade relevant information.

Det fanns en *fördröjd kommunikation* mellan vårdgivare på grund av att olika yrkesgrupper arbetade var för sig och sällan hade möjlighet att diskutera gemensamma vårdåtgärder. Deltagarna ansåg att det rådde *brist på adekvat vårdplanering* och att patienter ofta skrevs ut innan den medicinska behandlingen hade fastställts. Patienter kände sig oförberedda att "gå hem" vilket resulterade i att de besökte sjukhuset upprepade gånger för samma tillstånd. Deltagarna var kritiska till att *vårdens resurser inte fördelades utifrån faktiska behov*. Det fanns ett ökande krav på primärvården att kunna ta det medicinska ansvaret för äldre multisjuka patienter med omfattande vårdbehov.

Möjligheter

Deltagarna påtalade vikten av att *anpassa information* till patienters förmåga att uppfatta och förstå innehållet i informationen. De ansåg också att informationsutbytet skulle få bättre resultat om närstående inbjöds att medverka i välplanerade, pedagogiska och konstruktiva vårdplaneringsmöten. Tillgång till medicinska journaler och läkemedelslistor skulle *förbättra* kommunikation och gynna samverkan. De menade också att det borde finnas en *gemensam och "proaktiv" vårdplan* som tydligt angav vilka insatser som ska ges om patienten försämras, vem som är ansvarig och vilka läkemedel som är ordinerade. De underströk att det behövdes så kallade *"projektledare"* som hade det övergripande ansvaret för vårdplanering och uppföljning och som närstående kunde hänvisas till.

Deltagarna menade att det bör ske en *omfördelning av resurser* från slutenvård till primärvård så att fler patienter får optimal behandling i primärvården. En sådan omställning skulle kräva att vårdtiderna förlängdes och att kvaliteten ökade, exempelvis att patienterna fick en omfattande

undersökning, behandling och vårdplanering vid varje sjukhusbesök. Detta i sin tur skulle medföra färre återinläggningar, och ge utrymme för en bättre och kontinuerlig sjukvård i hemmet och större patientsäkerhet. Deltagarna ansåg att det skulle underlätta planeringen om primärvården fick inflytande över besluten om vilka patienter som av medicinska skäl behövde kommunal hemsjukvård.

Delstudie IV

Resultatet från Studie IV visar hur vårdchefer och MAS i Sverige bedömde tillgänglighet, tjänstvillighet, pålitlighet och samverkan när det gäller vården av patienter med komplexa vårdbehov.

Bedömning av tillgänglighet

Varje verksamhet i landet värderade den egna tillgängligheten högt och allra högst tillskrev kommunernas respondenter den egna verksamheten. När verksamheterna skattade varandra, uppfattades kommunerna som mest tillgängliga. Primärvården ansågs vara minst tillgängliga i ärenden som gäller patienter med komplexa vårdbehov.

Bedömning av tjänstvillighet

Den egna verksamheten bedömdes genomgående som mer tjänstvillig än de övriga. Landets kommuner och primärvård uppfattade varandras tjänstvillighet högre än sjukhusens. Sjukhusen tilldelade kommunerna något högre grad av tjänstvillighet än primärvården. I den samlade bedömningen uppfattades sjukhusen och kommunerna som mer tjänstvilliga än primärvården.

Bedömning av pålitlighet

Precis som i fallet med tillgänglighet och tjänstvillighet värderade respondenterna sin egen verksamhet som mer pålitlig än de båda övrigas. Allra högst värderade kommunerna sin egen pålitlighet. Primärvården värderade också kommunernas pålitlighet relativt högt men motsatsen, det vill säga kommunernas värdering av primärvårdens pålitlighet var lägre. Den lägsta pålitligheten tillskrevs primärvården och den högsta tillskrevs kommunerna.

Sammanfattningsvis visar resultatet att primärvården, anses av samverkande parter ha sämst tillgänglighet, lägst grad av tjänstvillighet och pålitlighet (Tabell 5).

Tabell 5. Samlad bedömning utan egenuppfattning av tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet. Sign <0,05%

	Sjukhus		Kommun		Primärvård	
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Tillgänglighet till	4,90	(2,06)	5,36	(1,90)	4,69	(1,96)
Tjänstvillighet till	4,96	(2,13)	5,41	(1,93)	4,85	(2,02)
Pålitlighet till	5,31	(1,93)	5,82	(1,85)	5,28	(1,95)

Bedömning av samverkan

Som i fallet med tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet bedömdes den egna verksamheten vara mer benägen att samverka än de övriga (Tabell 6).

Tabell 6. Egenuppfattning av samverkan och andras uppfattning. Sign <0,05%

Samverkan hos		Sjukhus		Kommun		Primärvård	
		Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Svar från	Sjukhus	6,06	(1,86)	4,80	(1,92)	4,39	(1,82)
	Kommun	4,95	(2,06)	6,99	(1,66)	5,25	(2,10)
	Primärvård	4,63	(2,07)	6,08	(1,98)	6,68	(1,66)

Kommunerna tillskrevs bäst förmåga att samverka följt av primärvård och sjukhusen. Sjukhusens värdering av den totala samverkan låg strax över medelvärdet men lägst av de övriga.

Sammanfattningsvis tillskrev primärvården och kommun varandra smidigare samverkan än sjukhusen (Tabell 7).

Tabell 7. Bedömning utan egenuppfattning av samverkan. Sign <0,05%

Samverkan hos		Sjukhus		Kommun		Primärvård	
		Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Svar från	Sjukhus	6,06	(1,86)	4,80	(1,92)	4,39	(1,82)
	Kommun	4,95	(2,06)	6,99	(1,66)	5,25	(2,10)
	Primärvård	4,63	(2,07)	6,08	(1,98)	6,68	(1,66)

Diskrepans

Diskrepansen mellan egenuppfattningen och andras bedömning om graden av tillgänglighet var störst för primärvården. Detta kan jämföras med landets kommuner och sjukhus, där diskrepansen var lägre.

Samvariationen mellan tillgänglighet, tjänstvillighet, pålitlighet och samverkan i vården av patienter med komplexa vårdbehov analyserades med hjälp av regressionsanalys. I en första bivariat regression prövades samverkan som beroende och tillgänglighet som oberoende variabel (se redovisning av errata i publicerad artikel).

Sambandet mellan samverkan och tillgänglighet var något starkare i primärvården ($R=0,69$, $R^2=0,48$) än i kommuner respektive sjukhus ($R=0,68$, $R^2=0,46$ respektive $R=0,66$, $R^2=0,44$). Därefter undersöktes

sambandet mellan samverkan och tjänstvillighet respektive pålitlighet. Sambandet mellan tjänstvillighet ($R=0,80$, $R^2=0,64$) och pålitlighet ($R=0,75$, $R^2=0,56$) var som starkast i primärvården. I båda fallen följdes primärvården av sjukhusen och därefter av kommunerna. Av de tre verksamheterna var samverkan med kommunerna minst beroende av tjänstvillighet ($R=0,44$, $R^2=0,20$) och pålitlighet ($R=0,46$, $R^2=0,21$). Resultatet pekar på att i primärvården, i högre grad än kommuner och sjukhus, har tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet störst inflytande på samverkan i vården av patienter med komplexa behov.

Relationen mellan beroende variabeln, samverkan och de tre oberoende variablerna tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet analyserades i en multipel regressionsmodell (Tabell 8). Den svarande gruppen användes också som en oberoende variabel. Egenuppfattningen utelämnades från varje utvärderad grupps modell.

Tabell 8. Multipel regressionsmodell

	Sjukhus		Kommun		Primärvård	
	B (CI)	Sign	B (CI)	Sign	B (CI)	Sign
Tillgänglighet	0,21 (0,13-0,29)	<0,001	0,25 (0,18-0,32)	<0,001	0,27 (0,18-0,36)	<0,001
Tjänstvillighet	0,43 (0,35-0,51)	<0,001	0,35 (0,28-0,42)	<0,001	0,28 (0,19-0,37)	<0,001
Pålitlighet	0,23 (0,15-0,31)	<0,001	0,31 (0,24-0,38)	<0,001	0,33 (0,25-0,41)	<0,001
Bedömande grupp	Kommun- Primärvård 0,26 (0,09-0,51)	0,043	Sjukhus- Primärvård 0,08 (-0,13-0,28)	N.S.	Sjukhus- Kommun -0,17 (-0,40-0,06)	N.S.
R-2	0,59		0,63		0,63	

När kommuner och primärvård bedömer sjukhus påverkas samverkan närmare dubbelt så mycket av tjänstvillighet ($b=0,43$) som av tillgänglighet ($b=0,21$) och pålitlighet ($b=0,23$). Regressionen uppvisade en förklaringsgrad (R^2) på 0,59 i kommunernas och primärvårdens bedömning av sjukhusens tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet och 0,63 vardera när sjukhus och primärvård bedömde kommuner och sjukhus och kommuner bedömde primärvården.

Utöver de resultat som presenteras i artikeln fanns även en skillnad mellan hur kommunerna och primärvården bedömde samverkan med sjukhus. Det visade sig att kommunerna generellt satte högre poäng på samverkan ($b=0.26$) än vad primärvården gjorde. Detta var den enda skillnad mellan bedömningsgrupper som var signifikant.

Resultatet visar att samverkan av patienter med komplexa vårdbehov till 59% är beroende av tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet på sjukhus och något mer för primärvård och kommuner (63% och 63%). De relativt höga R^2 -värdena visar att de ingående orsaksvariablerna, tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet är betydelsefulla för samverkan av patienter med komplexa vårdbehov.

8 GENERELL DISKUSSION

I den generella diskussionen riktas ljuset mot samverkan vid vårdplanering för patienter med komplexa behov och det triangeldrama som uppstår vid vårdövergångar mellan sjukhus, kommun och primärvård. I analyserna av studie I-IV finns flera intressanta resultat att diskutera, därför är studierna också värda att läsa var för sig. Det mest påtagliga i avhandlingens resultat, är den organisatoriska hybris som präglar interaktionen mellan vårdgivarna vid vårdplanering för patientgruppen.

Interaktion är grunden i en mellanorganisatorisk samverkan. Samverkan vid vårdplanering kräver interaktion av en sådan kvalitet att patienter med komplexa vårdbehov och deras närstående blir involverade i planering och beslut om vårdinsatser. Interaktionen innebär en reflektion av beteenden och reaktioner i kommunikationen kring bedömning, genomförande och utvärdering av insatser. Här menar Orlando (1961) att lyssnandet är avgörande för att få till stånd en konstruktiv kommunikation. Men en reflektiv dialog med patienten vid själva vårdplaneringen är inte tillräcklig. För en högkvalitativ och integrerad vård krävs det interprofessionellt samarbete för att förbättra personkännedom och samordning av vårdinsatser på ett effektivt sätt (van Dongen et al., 2016).

Interprofessionell samverkan är önskvärt inom de flesta vårdområden men hur detta ska uppnås kan det finnas olika meningar om. En viktig utgångspunkt är att ha tro att samverkande parter både vill och kan samverka. Kouzes and Mico (1979) menar dock att en sådan hållning är naiv. De framhåller att inom offentlig sektor finns tre svärförenliga domäner; den politiska, den administrativa och den professionella, med sinsemellan oförenliga organisationskriterier, normer och kännetecken

på framgång. Denna oförenlighet leder till brister i intersektoriell samverkan i synnerhet när flera huvudmän och organisationer från olika samhällssektorer är inblandade. Axelrod (1987) spetsar till problematiken ytterligare. Att inte samverka kan innebära fördelar. Genom att undandra sig det ansvar samverkan innebär kan man minska sin arbetsinsats och sitt engagemang. Om endast en part väljer att samverka men möter en part vars engagemang är svagt blir den samverkande parten förlorare och får ta hela ansvaret själv. Den naive som ställer upp, men blir sviken gång på gång, kommer att bli utnyttjad av parter med lågt engagemang. Axelrod (1987) menar att rationella parter kommer att efter att blivit svikna ett antal gånger, att minska sitt engagemang för att inte bli utnyttjad. Effekten blir separation eller på sin höjd samordning (Berggren, 1992; Westrin, 1986). När det gäller samverkan för patienter med komplexa vårdbehov kommer dessutom ansvaret gentemot den enskilde patienten in som en viktig faktor. Den ansvarstagande parten kan på grund av plikt mot patienten ensidigt få hantera exempelvis överflyttningsproblem. Att inte ta ansvar kan kortsiktigt löna sig i termer av tidvinster till följd av lågt engagemang, mindre störningar till följd av låg tillgänglighet och minimal service. I förlängningen kan det dock finnas förluster i form av en högre belastning på akutsjukvården och onödiga sjukhusinläggningar. Den som missgynnas mest är patienten (Socialstyrelsen, 2017c).

Intersektoriell samverkan kräver en kontinuerlig dialog om grundläggande värderingar och förhållningsätt, där målet är att hitta gemensamma innovativa lösningar på komplexa problem. Processen inkluderar både sociala och arbetsrelaterade problemkomplex som ibland präglas av maktobalanser och intressekonflikter (Kouzes & Mico, 1979).

Flera studier pekar på vissa centrala aspekter i samverkansprocessen. Bland dessa kan nämnas behov av arenor för konflikthantering, att deltagarna har tillit till varandra och att det finns ett gemensamt mål för deras samverkan. På så sätt synliggörs olikheter i samverkansprocessen och olika föreställningar, tankar, konflikter och åsikter som inte tidigare har varit särskilt framträdande lyfts fram och kan hanteras öppet (Huxham & Vangen, 2005; Mandell & Steelman, 2003). Denna inställning ligger i linje med avhandlingens resultat där dialogens betydelse för samverkan på medarbetar- och ledningsnivå framstod som mycket värdefull och sårbar.

Mellanorganisatorisk samverkan har också olika nivåer. Enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2013) finns det både en horisontell och en vertikal samverkansnivå. De menar att det behövs vertikala samverkansarenor mellan ledning och medarbetare, för att ledningen ska kunna stödja medarbetare att samverka med andra vårdgivare utifrån de förhållanden som råder inom den egna organisationen. Olika former av ledarskap skapar både hinder och möjligheter (Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson, & Axelsson, 2011). En ledare som försvarar sin organisations territorium utgör själv ett hinder för samverkan, medan en ledare som kan överskrida organisationsgränser underlättar samverkan. Axelsson och Axelsson (2006) menar att en altruistisk ledare i motsats till en territoriell ledare, är beredd att ge upp sitt territorium för att uppnå ett bättre totalresultat för organisationen. Det är därför värdefullt att ledare är involverade och stöder sina medarbetare att samverka. Ett sådant stöd kan vara i form av att ge tid och resurser för samverkan, men det kan också vara att ge medarbetarna mandat att representera sin organisation.

Mandat handlar om makt, befogenheter och ansvar att agera menar Furenbäck (2012), alltså både beslutsmandat och handlingsmandat.

Dessa båda former av mandat används vid de olika moment vid en vårdplanering och genomförandet av planerade åtgärder. I Socialstyrelses föreskrifter HSLF-FS (2017:23) anges att vid vårdplaneringen ska personal som besitter nödvändig kompetens för att tillgodose patientens behov delta. Denna avhandling visar dock att när mandat och ansvar är otydligt så finns en risk att det uppstår konflikter i samverkansprocessen.

Nu är trots allt konflikter en naturlig och central del i en samverkansprocess. Det finns behov av att hantera en och samma konflikt vid flera tillfällen, vilket innebär att konflikthantering är en process över tid. Att arenor för konflikthantering inte finns i tillräcklig omfattning kan bero på att ledningen betraktar samverkan utifrån en konsensusmodell. De anser inte att dessa arenor behövs för att samverkan ska ske och samverkan framställs i alltför positiva termer som något oproblematiskt och självklart (Danermark, 2005). I konsensusmodellen finns förväntningar på att utveckla samverkan som en linjär hierarkisk process med tre moment; beslut, planering och genomförande. En överdriven tilltro till att samverkan är en enkel linjär process kan vara ett hinder till att samverkan fördjupas, konsolideras och utvecklas. Även om linjära styrtekniker har sin plats i beslutsorganisationer, kräver mellanorganisatorisk samverkan dessutom, tålmod, tolerans, förståelse, eftergifter och en öppen attityd (Lorange & Roos, 1992).

Furenbäck (2012) visar i sin forskning att det finns behov av kommunikationsarenor vid samverkan. Dessa arenor är nödvändiga inte bara för hantering av konflikter utan även för att ge aktörerna möjlighet att förändra sina föreställningar om varandra och om vårdplaneringsprocessen, samt för att utveckla olika perspektiv och gemensamma idéer. Samverkansarenorna skapar också en kultur av standardiserade normer, värderingar, synsätt och kommunikation som kan utvecklas till en

allmän standard, det vill säga ett ”så gör vi här” beteende som tillämpas i vårdplaneringssituationen. Mintzberg (1979) framhåller vikten av att ha förmågan att hantera enkla och överskådliga fall till mer komplexa och svåröverskådliga situationer där rutinerna inte räcker till. Även om det alltid kommer att finnas undantag från rutiniserade sätt att hantera olika situationer är ändå regler och rutiner nödvändigt vid samverkan, något som kräver att planer utformas och strategier fastställs. Detta kan jämföras med Jacobsen och Thorsvik (2014) som menar att regler, rutiner och formella strukturer kan främja samverkan såväl inom som mellan organisationer. En stark organisationskultur kan stärka medarbetarnas upplevelse av samhörighet och gemenskap och påverka verksamhetens resultat positivt. Den utgår från idén att en kultur utgör ett sammanhållande kitt mellan olika medarbetare (Waller, 2003). Vissa organisationskulturer kan bidra till konsensus kring värderingar och kan användas som ett styrmedel (Jacobsen & Thorsvik, 2014). En stark organisationskultur behöver inte hindra samverkan mellan organisationer, tvärtom, den kan gynna samarbetsvilja, även mellan sjukhus, primärvård och kommuner. En sådan organisationskultur skapar förtroende mellan ledare och anställda, och mellan anställda vid olika verksamheter (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Ett sådant förtroende, anser Åhgren och Axelsson (2011) påverkar organisationers samverkansförmåga. Haycock-Stuart och Kean (2012) menar att gränsöverskridande samarbete gynnas och att möjligheterna att uppnå interprofessionellt samförstånd ökar.

En fråga som bör behandlas när ett mellanorganisatoriskt fenomen studeras, i det här fallet samverkan vid vårdplanering, är synen på förhållandet mellan struktur och aktör. Strukturer det vill säga inarbetade rutiner och kollektiva sätt att agera påverkar individen. De allra flesta anpassar sig efter den ordning som råder i en verksamhet, men motsatsen gäller också.

Enskilda individers val och handlande kan påverka strukturen och bidra till förändring. I synnerhet om många tar efter nya idéer och handlingsmönster, det vill säga kollektivisering och popularisering (Dow, 1990; Giddens, 1984). Det innebär att individer påverkar sin omgivning men också att omgivningen påverkar individens handlingsmönster och tänkande. På så sätt kan en förändring komma till stånd, även om sjukvården, i synnerhet sådan sjukvård som har offentlig finansiering och drift, ofta betraktas som trög och svår att förändra (Brunsson & Olsen, 1993). Resultaten från avhandlingens delstudier, i synnerhet studie II och IV kan uppfattas som ett bevis för att det råder en strukturell tröghet och att befintliga beteenden tenderar att cementeras (Larsson, Bäck-Pettersson, Kylén, Marklund, & Carlström, 2017; Larsson et al., 2019). Det behöver inte vara på det sättet. Målmedvetna individer med rätt förutsättningar kan påverka befintliga strukturer.

För att individen ska kunna påverka rådande idéer behövs dock transparens. När ett område beforskas och strukturernas karaktär identifieras kan de utgöra en utgångspunkt för att slå in på en ny väg (Carlström, 2012; Foster & Metcalfe, 2001). En genomlysning av sjukvårdens olika organisationer kan underlätta avslöjandet av brister i organisering, handlingsmönster, rutiner och samverkan. Sådan forskning kan bli starten för lärande och förändrade beteenden (Stein, 1997), vilket innefattas i den mellanorganisatoriska samverkan som denna avhandling belyser.

I en metastudie av ett tjugotal undersökningar av mellanorganisatorisk samverkan menar Petrenj, Lettieri och Trucco (2012) att de allvarligaste samverkanshindren ofta utgörs av brist på incitament att samverka, att det finns en osäkerhet om roller, att verksamheterna har olika målsättningar, att det egna sättet att agera förespråkas och att flödet av information är alltför selektivt.

Enligt Rykkja (2010) är det en utmaning att förhindra dubbelarbete vid samverkan, veta vem som ska göra vad, och att förhindra att uppgifter inte blir genomförda för att alla tror att någon annan tar ansvaret. Det handlar också om hur stor tillit man har till varandra.

För att åskådliggöra hur samverkan fungerar inom hälso- och sjukvården, mellan sjukhus, kommuner och primärvård framstår tillit som en nödvändig komponent. De sista åren har tillit vuxit fram som forskningsområde i takt med att traditionell styrning och ledning inte gett önskade effekter (Bringselius, 2017). Tillit bygger på att vara tillgänglig och tjänstvillig men även i vilken mån en samverkande motpart förtjänar tillit. Det innebär att motpartens agerande och viljan att samverka bedöms (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995; Schoorman, Mayer, & Davis, 2007). Coleman (1990) skiljer på hur tillit skapas och menar att den uppstår vid direkt kontakt mellan två individer eller också mellan nätverk av aktörer som av andra anses värda tillit. Tilliten är känslig för ryktesspridning och tilliten brister om andra omtalas med skepsis och misstro. Grimen (2008) menar att tillit är vad tillitsgivaren visar när de litar på någon och att tillit är det som utvecklar en relation. Det finns ingen garanti för att visad tillit inte kan missbrukas vilket gör tillitsgivaren sårbar. Att visa tillit i en relation innebär således en kostnad, förenad med en risk men också en investering med möjliga framtida vinster i form av smidig samverkan. Utan tillit begränsas kommunikationen med risk för ökande osmidighet, avbrott och störningar i relationerna (Koopmanschap et al., 1995).

Det är inte bara tillgänglighet och tjänstvillighet som har betydelse för tilliten utan också pålitligheten. Chassin och Loeb (2011) menar att pålitlighet bärs av ett engagerat ledarskap men också kunniga medarbetare. Avhandlingens delstudier visar att det finns behov av ökad kunskap kring vårdplanering och problem som uppstår när företrädare för

olika vårdgivarna möts med olika kunskapsbas, professionella värderingar och skilda tolkningar av gemensamma termer och begrepp. Ett exempel som avhandlingen lyfter fram är vem som har ansvaret för vårdplanering för patientgruppen. En otillräcklig och oklar reglering riskerar att urvattna pålitligheten.

Avhandlingen visar att det finns en kunskapsbrist om hur samverkans operationaliseras vilket framförallt framkom i den tredje studien där gemensamt framtagna samverkansverktyg efterfrågades (Hansson et al., 2018). Det är dock inte tillräckligt att det finns gemensamt framtagna riktlinjer, besluten om samverkanstrategier måste vara tydliga och lättolkade för alla och dessutom väl förankrade i respektive organisation. De behöver förfinas och kommuniceras både internt och externt (Nurjono et al., 2019; Roback, 2016). Ansvaret för patienter med komplexa vårdbehov faller dock på varje organisation att samordna insatser och odla fungerande kontakter med övriga vårdgivare för att säkerställa kontinuitet i vården. Såväl Nirje (2010) som Nordmark, Zingmark och Lindberg (2016) menar att processen ännu inte har normaliserats i daglig praxis.

Som sista område i triangeldramat som behandlas är den organisatoriska hybrisen som framkom i de självvärderingar som rapporterades i den sista artikeln (Larsson et al., 2019). Att det råder en organisatorisk hybris är en tolkning av den övervärdering av egen tillgänglighet, tjänstvillighet, pålitlighet och samverkan som tycks genomsyra de tre studerade organisationerna. Tracy och Robins (2004, 2007) delar in organisationsstolthet i två typer, genuin och överdriven stolthet. När stolthet är överdriven kan en organisatorisk hybris bli resultatet. I motsats till detta kan genuin stolthet ha en positiv inverkan på uthållighet och bidra till ökad motivation att ta sig an komplicerade arbetsuppgifter.

Stoltheten påverkas av den organisatoriska självbilden och i vilken utsträckning organisationen påverkar individen (van Dick, van Knippenberg, Kerschreiter, Hertel, & Wieseke, 2008).

Å andra sidan kan viss övertro på den egna förmågan behövas för att anta utmaningar som känns övermäktiga. En viss hybris kan möjligen bidra till motivation och uthållighet. Det är kanske just förmågan att ta initiativ och anta utmaningar som är av avgörande betydelse för att klara uppdraget att samverka för patienter med komplexa vårdbehov.

9 METODDISKUSSION

Detta avhandlingsarbete består av fyra delstudier och de tre första, studie I-III har en kvalitativ metodansats och den sista, studie IV har en kvantitativ ansats.

Delstudie I

Studie I genomfördes med deltagare (n=10) fördelat på två fokusgrupper. Deltagarna hade varierande erfarenhet av samordnad vårdplanering och deras olika berättelser uppfattades av författarna till studien som representativa för specialistsjuksköterskor i primärvård och psykiatrisk öppenvård (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). De båda intervjuerna hade själva en bakgrund av kliniskt arbete inom de studerade verksamheterna. En av dessa agerade moderator och den andra som observatör under intervjuerna (Guba & Lincoln, 1994; Kvale, 1996). När deltagarna uppmanades att berätta om sina erfarenheter, utvecklades engagerade samtal i grupperna. Deltagarna stimulerade varandra att berätta om sina erfarenheter och associera runt vars och ens berättelse (Krueger & Casey, 2000). Dynamiken mellan deltagarna bidrog till rik och varierande data (Kitzinger, 1995; Larsson, Lilja, & Mannheimer, 2005; Morgan, 1998; Powell & Single, 1996). Intervjuerna genomfördes med en veckas mellanrum och samma frågeställningar gavs till båda fokusgrupperna. Citaten valdes ut så att de återspeglar innehållet i varje kategori (Gilgun, 2005; Polit & Beck, 2011).

För att stärka trovärdigheten jämfördes kontrasterande koder och kategorier vid upprepade tillfällen. Författarna diskuterade resultatet tills

konsensus uppnåddes och ett övergripande tema kunde identifieras (Graneheim & Lundman, 2004; Morse et al., 2002). Tolkningens tillförlitlighet baserades på det faktum att resultaten först analyserades separat och att kondenserade koder, subkategorier, kategorier, tema och syfte jämfördes med originaltexten tills en text som väl representerade de olika utsagorna fanns (Graneheim & Lundman, 2004; Morse et al., 2002).

Delstudie II

Begreppet samverkan ges olika betydelser i olika sammanhang. Därför finns det svårigheter att göra korrekta jämförelser mellan vårt resultat och andra motsvarande studier liksom att genomföra analyser på metanivå (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Denna otydlighet vad gäller abstrakta begrepp är dock relativt vanlig när nya kunskapsområden växer fram (Huxham & Vangen, 2005).

Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades kritiskt, ifrågasattes, lästes igen och jämfördes för att stärka trovärdigheten. För att stärka tillförlitligheten kodades texten med komponenterna i Berggren (1992) och Westrin (1986) teoretiska samarbetsmodell. Data som inte kunde kodas med modellen identifierades och analyserades senare för att avgöra om de var representativa för en ny kategori eller underkategori (Kvale & Brinkman, 2009). Varje intervju utgick från samma semistrukturerade intervjuguide.

Delstudie III

Deltagare med lång klinisk erfarenhet och med varierande klinisk bakgrund inkluderades i studien. I fokusgrupperna blandades olika yrkesgrupper för att få fram så olika perspektiv som möjligt (Wilkinson, 1998). Meningen var att få till stånd en professionell diskussion vårdpersonal emellan.

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes under samma månad och med samma intervjuguide vid varje intervjutillfälle. Alla författare medverkade när meningsenheter identifierades, kondenserades och kodades. Baserat på likheter och skillnader sorterades koder och subkategorier till kategorier och teman. Resultaten diskuterades i författargruppen tills konsensus uppnåddes. Överförbarheten stärktes med utvalda citat som skildrar kategoriernas innehåll.

Delstudie IV

En enkät konstruerades med hjälp av såväl akademiska som kliniska experter. Enkäten utvecklades genom flera granskningar och uppdateringar innan den användes skarpt. Sjukhusen i två av 21 landsting och regioner valde att avslå inbjudan att delta i studien. Bortfallet i studie IV bestod i att två av tjugo landsting saknade sjukhusmedverkan. I ett landsting deltog samtliga kommuner, för övriga var det en till tolv kommuner per landsting som inte deltog. Offentlig primärvård i två områden och privat primärvård i ett område avstod från att delta i studien. I ett område avböjdes deltagande på grund av att det bedömdes som alltför tidskrävande.

Andra orsaker till att inte delta var ointresse, för många enkätfrågor och uppfattningen om att man saknade tillräcklig kunskap för att kunna besvara enkäten.

Studiens svarsfrekvens på 52% är ett relativt tillfredsställande resultat. I motsvarande studier, det vill säga en totalundersökning, nås sällan en högre svarsfrekvens än 40 procent (Admundsen & Lie, 2013).

10 SLUTSATSER

Delstudie I

Det framkom att specialistsjuksköterskors kommunikationsförmåga är av största vikt för att uppnå samförstånd i de beslut som fattas vid vårdplanering dels för att involvera och stödja patienter samt närstående i beslutsprocessen dels för att andra vårdgivare ska förstå innebörden av hur de ska uppnå resultat i vårdprocessen.

Delstudie II

Vårdcentralchefer uppfattade att vårdplaneringen för patienter med komplexa vårdbehov domineras av icke-samarbete och separation. Det råder en osäkerhet vad gäller kunskapen om primärvårdens deltagande, roll och ansvar i sammanhanget.

Delstudie III

Studien tydliggjorde samverkanshinder som finns, både på social-, organisatorisk- och individnivå. Vårdchefer behöver bli bättre på att stödja initiativ som stöder samverkan. Sådana initiativ tas ofta av medarbetarna som en följd av att det saknas rutiner.

Delstudie IV

Det råder en diskrepans mellan egenuppfattningen och andras uppfattning vad gäller tillgänglighet, tjänstvillighet, pålitlighet och samverkan mellan sjukhus, kommuner och primärvård. Primärvård och kommuner tillskrev varandra en smidigare samverkan än de tillskriver sjukhus men primärvården anses ha sämst tillgänglighet lägst grad av tjänstvillighet och pålitlighet av de tre organisationerna.

11 IMPLIKATIONER

Här följer ett antal förslag på hur samverkan vid vårdplanering för patienter med komplexa vårdbehov kan utvecklas:

Låt vårdchefer i primärvård och kommun vara delaktiga i utformandet av en gemensam policy för trygga överflyttningar mellan vårdgivare. Ge vårdchefer mandat att ge support till personal över organisationsgränser.

Delegera det formella ansvaret till de sjuksköterskor som utför vårdplaneringar och överflyttningar för att säkra att beslut blir förankrade med patienter, närstående och personal.

Se till att vårdplanerna är organisationsövergripande och att de följer patienterna oavsett vårdgivare.

Gör samordning och samverkan till ett kunskapsområde där verktyg, flödesscheman, kontaktvägar, prioriteringar och uppgiftsfördelning kartläggs och rutiner utvecklas. Säkra att sådan kunskap används av vårdchefer för att styra processer och stödja medarbetare.

Uppmuntra medarbetare som tar egna initiativ för att gynna smidighet i överflyttningsprocesser.

Utveckla former för att uppskatta graden av tillit mellan sjukhus, primärvård och kommunal vård vid samverkan. Ägna speciell uppmärksamhet åt tjänstvillighet, tillgänglighet och pålitlighet. Offentliggör resultaten och skapa transparens.

Genomför regelbunden uppföljning av den lagstiftning som reglerar samverkan mellan vårdgivare.

12 FORTSATT FORSKNING

Resultaten från denna avhandling understryker behovet av att göra en kartläggning av policy- och rutindokument som reglerar samverkan över vårdgivargränser för patienter med komplexa vårdbehov. I resultaten framgick att rutiner kunde vara otillräckliga, de kunde saknas helt men också finnas, dock inte tillgängliga för verksamhetens medarbetare. Det förekom att rutindokument inte var kända bland den personal som hanterade ärenden. Ett kartläggningsprojekt skulle också kunna innefatta identifiering av ”best practice” och att resultat görs tillgängliga för praktiker.

Ett annat projekt som den här avhandlingen implicerar är en studie av tillitsskapande aktiviteter mellan samverkande sjukhus, primärvårdsenheter och kommunal vård. En sådan studie kan fokusera på ett pilotområde och genomföras som aktionsforskning, där olika insatser utgörs av aktioner vars resultat förmedlas till deltagarna. Under studien kan insatsernas utfall mätas och registreras. En sådan studie skulle kunna urskilja vikten av tillgänglighet, tjänstvillighet och pålitlighet i själva samverkansögonblicket mellan de tre aktörerna.

Ytterligare en studie som bör genomföras är att beforska vilka incitament det finns för aktörerna som bidrar till smidiga övergångar för patienter med komplexa vårdbehov, respektive inte bidra till detta. Utgångspunkten är att resurserna inom varje verksamhet är knappa. Patienter med komplexa vårdbehov kräver mer resurser än andra grupper av patienter. Patienterna kan också ha svårt att hävda sin rätt, eller

agera i egen sak på ett lika kraftfullt sätt som andra patientgrupper. En sådan studie kan svara på frågor som, hur attraktivt, nödvändigt eller möjligt är det, i konkurrensen med andra aktiviteter att samverka kring gruppen av patienter med komplexa vårdbehov? Vad talar för, respektive emot, att lägga resurser och engagemang på att utveckla former för vårdplanering för patientgruppen?

TACK

Jag vill uttrycka min stora tacksamhet till alla som bidragit och hjälpt mig under hela mitt avhandlingsarbete. Till alla som deltagit i studierna vill jag ge ett stort Tack!

Jag vill tacka Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, enheten för allmänmedicin, FoU primärvård på FoUU-centrum i Fyrbodals, Lokala FoU-rådet i Fyrbodals, Fyrbodals Hälsoakademi och Närhälsan i Västra Götaland för alla goda förutsättningar jag fått.

Ett tack till alla er i samverkande interna och externa organisationer, förvaltningar, vårdgivare, verksamheter, nätverk och arbetsgrupper i Västra Götaland, ingen nämnd och ingen glömd för den inspiration som burit mig fram till denna avhandling.

Tack till alla kollegor på Närhälsan Kungshamn vårdcentral både aktiva och pensionerade för all uppmuntran trots att jag sällan varit på plats. Tack sekreterare Anne Christine Gansing och Susanne Larsdotter för er fina hjälp med transkriberingarna. Tack Pia Augustsson kurator, rehabkoordinator, vårdsamordnare och administratör inom Göteborgs universitet för uppmuntran både på djup och bredd. Tack Lena Ahrnstedt-Olsson, distriktssköterska och kollega för alla roliga och utmanande arbetsuppgifter vi upplevt.

Tack Bettan, distriktssköterska och kollega, de bästa yrkesverksamma åren är med dig. Det var tillsammans med dig på distriktssköterskemottagningen som forskningsfrågorna en gång i tiden föddes.

Ett speciellt tack till vårdcentralchef Jonny Melander. Tack för ditt fina ledarskap under alla åren du var min närmaste chef och för värdefullt korrektur av avhandlingen. Önskar dig lycka till som nybliven pensionär.

Jag vill också tacka följande personer;

Min huvudhandledare, Professor Eric Carlström, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet, för din stora kunskap och engagemang för mitt forskningsområde. Är stolt att jag fick vara din doktorand och bli med varsam hand ledd till disputation. Tack för du alltid är tillgänglig och snabbt ger svar med stor elegans och vetenskaplig träffsäkerhet.

Min biträdande handledare, Professor Bertil Marklund, Institutionen för medicin Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet och forskningsledare på FoUU-centrum i Fyrbodals för din stora erfarenhet av forskningen i primärvård som du alltid på ett mycket stilfullt sätt levererat. Med stor glädje har du alltid kommit med knivskarp konstruktiv kritik på text och formalia.

Min biträdande handledare, Sven Kylén, PhD, FoU-chef i Fyrbodals, ordförande i Lokala FoU-rådet och verksamhetsledare för Fyrbodals Hälsoakademi för ditt stöd och för att du inspirerar till innovativa lösningar mellan forskning och praktik. Men också för ditt stora hjärta och ditt sätt att skapa kreativt fina förutsättningar.

Min kära mentor, medförfattare och vän, Siv Bäck-Pettersson, PhD och forskningsledare på FoUU-centrum Fyrbodals för alla timmar du stöttat mig i stort och smått. Du har ibland fått slita hårt för att få på mig rätt ”hatt”. Din varma och outtröttliga handledning saknar motstycke. Det finns inga ord som räcker för att beskriva vad ditt stöd betytt för mig. Du har alltid funnits där och jag kan bara säga, det hade aldrig gått utan dig. Tack Siv!

Jag vill tacka medförfattarna Gullvi Flensner docent, Berit Hedman Ahlström PhD, Berit Forsman MScN och Pia Alsén docent, Högskolan Väst. Ann Svensson docent Högskolan Väst, medförfattare och kollega i Fyrbodals hälsoakademi, för ditt stöd och omtanke.

Anders Hansson PhD, distriktsläkare och medförfattare. Eftersom vi tidigare arbetat tillsammans på vårdcentralen i Kungshamn så var det extra roliga att få arbeta med dig i detta sammanhang. Martin Gellerstedt docent, statistiker och medförfattare på Högskolan Väst för ditt stöd och din pedagogiska skicklighet i statistikens finurliga värld.

Eva Larsson FoU koordinators på FoUU-centrum Fyrbodal för ditt stöd i stort och smått och alltid vänliga bemötande men också för den omfattande hjälpen vid den nationella enkätstudiens datainsamling.

Till alla på FoUU-centrum i Fyrbodal vill jag rikta ett stort och varmt tack för stöd och uppmuntran och att ni alltid ger ett hjärtligt välkomnande. Jag är glad att få vara en av er.

Doktorandkollegor som disputerat Anna Bergenheim, Tina Arvidsdotter och Ulla Fredriksson Larsson för uppmuntran och tips på vad som komma skall. Minna Johansson PhD FoUU-centrum Fyrbodal för allt stöd och tips vid layout och design av avhandlingen.

Doktorandkollega Malin Östman för alla goda stunderna på FoUU-centrum Fyrbodal där du alltid uppmuntrat och peppat mig i mina grubblinor om saker och ting.

Bästa doktorandkollega, medförfattare och vän Maivor Olsson-Tall för att du ringde den där gången och frågade om vi skulle skriva magisteruppsats tillsammans. Det blev starten på en djup och fin vänskap där vi delat både glädje och sorg på vår akademiska resa. Tack för du finns!

Släkt, vänner och ett särskilt Tack till mina ”systrar” Agneta, Ann och Cajsa för ovärderlig vänskap under alla år.

Till sist vill jag tacka Magnus, Martin och Anna att ni stått ut med mamma som ständig och jämt hänger vid datorn. Men den som betytt allra mest är ändå han som upprepade gånger under min forskningsresa mycket kärleksfullt sagt till mig, du får göra precis vad du vill bara du inte blandar in mig. Tack Rolf min älskade make!

REFERENSER

- Admundsen, B., & Lie, E. (2013). Fewer willing to participate in surveys. *Forskning magazine*, 2, 4-5.
- Aiken, K. D., & Boush, D. M. (2006). Trustmarks, Objective-Source Ratings, and Implied Investments in Advertising: Investigating Online Trust and the Context-Specific Nature of Internet Signals. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 34(3), 308-323. doi:10.1177/0092070304271004
- Akner, G. (2010). Frail aging and multimorbidity affect more and more. Focus must be moved from isolated diseases to complex health problems. *Läkartidningen*, 107(44), 2707-2711.
- Alharbi, T. S., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L. E. (2014). Experiences of person-centred care – patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing*, 13, 28. doi:10.1186/1472-6955-13-28
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2017). User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, 27(1), 24-36. doi:10.1177/1049732316658267
- Altman, D. G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall/CRC.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation - an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11(4), 137. doi:http://doi.org/10.5334/ijic.670
- Anell, A., Glennyard, A. H., & Merkur, S. (2012). Sweden health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5), 1-159. Hämtad 2019-04-23 från <http://eprints.lse.ac.uk/43952/>
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 360-367. doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00101.x
- Axelrod, R. (1987). *Från konflikt till samverkan: varför egoister samarbetar* (1. uppl.). Stockholm: SNS Förlag.
- Axelsson, B., & Bihari Axelsson, S. (2013). Samverkan som samhällsfenomen-några centrala frågeställningar. I B Axelsson, S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan-för utveckling av hälsa och välfärd* (s. 17-38). Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health- a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. doi.org/10.1002/hpm.826
- Baker, A., Leak, P., Ritchie, L. D., Lee, A. J., & Fielding, S. (2012). Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *British Journal of General Practice*, 62(595), 113-120. doi:10.3399/bjgp12X625175

- Barrett, A., Latham, D., & Levermore, J. (2007). Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *British Journal of Community Nursing*, 12(10), 442-448. doi:10.12968/bjcn.2007.12.10.27265
- Batty, C. (2010). Systematic review: interventions intended to reduce admission to hospital of older people. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(6), 310-322. doi:10.12968/ijtr.2010.17.6.48154
- Berggren, B. (1992). *Om samarbete och samarbetsproblem, gränsdragning, konkurrens, om makt och ansvar* (SPRI-rapport 107/1992. Psykiatri i omvandling). Stockholm: SPRI publikationstjänst.
- Bonsall, K., & Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1090-1102. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.013
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., McKey, C. A., & Akhtar-Danesh, N. (2016). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 71-84. doi:10.1111/jan.13162
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A. K., & Hallberg, I. R. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 147-158. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.06.003
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health (Oxford Academic)*, 27(3), 281-291. doi:10.1093/pubmed/fdi031
- Bringselius, L. (2017). *Tillitsbaserad styrning och ledning Ett ramverk Tillitsdelegationen*. Lund: Lunds universitet. Hämtad 2019-04-23 från <https://lup.lub.lu.se/search/publication/a3eec6c5-dd0c-4b47-85eb-93dd39242fd1>
- Brunsson, N., & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. London: Routledge.
- Carlström, E. (2005). *I skuggan av Ädel integrering av kommunal vård och omsorg* (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborgs universitet. Hämtad 2019-04-23 från <http://hdl.handle.net/2077/16657>
- Carlström, E. (2012). Strategies for change: adaptation to new accounting conditions. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 8(1), 41-61. doi:doi:10.1108/18325911211205739
- Carlström, E. D., Hansson Olofsson, E., Olsson, L. E., Nyman, J., & Koinberg, I. L. (2015). The unannounced patient in the corridor: trust, friction and person-centered care. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), 1-16. doi:10.1002/hpm.2313
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2011). The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. *Health Affairs (Millwood)*, 30(4), 559-568. doi:10.1377/hlthaff.2011.0076
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752-762. doi:10.1016/s0140-6736(12)62167-9
- Coleman, J. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.

- Condelius, A., Edberg, A. K., Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *46*(1), 41-55. doi:10.1016/j.archger.2007.02.005
- Correa-Velez, I., Ansari, Z., Sundararajan, V., Brown, K., & Gifford, S. M. (2007). A six-year descriptive analysis of hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among people born in refugee-source countries. *Population Health Metrics*, *5*, 9. doi:10.1186/1478-7954-5-9
- Danermark, B. (2005). *Samverkan - himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Malmö: Glerups Utbildning AB.
- de Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G. J., & Bouter, L. M. (2003). How to measure comorbidity. a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, *56*(3), 221-229. doi: 10.1016/S0895-4356(02)00585-1
- Dow, S. C. (1990). Beyond dualism. *Cambridge Journal of Economics*, *14*(2), 143-157. Hämtad 2019-04-23 från https://rd.springer.com/chapter/10.1057/9781137000729_4
- Duldt, B. (1991). "I-Thou" in nursing: research supporting Duldt's Theory. *Perspectives in Psychiatric Care*, *27*(3), 5-12. doi: 10.1111/j.1744-6163.1991.tb01556.x
- Duldt, B. W. (1995). Integrating nursing theory and ethics. *Perspectives in Psychiatric Care Perspect*, *31*(2), 4-10. doi: 10.1111/j.1744-6163.1995.tb00459.x
- Dunnion, M. E., & Kelly, B. (2008). All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from an emergency department to home. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(18), 2471-2479. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02084.x
- Efrainsson, E. (2005). *Vårdplaneringsmötet: En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare* (Doktorsavhandling, Serie 967). Umeå: Umeå universitet. Hämtad 2019-04-23 från <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:143886/FULLTEXT01.pdf>
- Efrainsson, E., Sandman, P. O., Hyden, L. C., & Rasmussen, B. H. (2004). Discharge planning: "fooling ourselves?"- patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(5), 562-570. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00900.x
- Efrainsson, E., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2006). "They were talking about me"-elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *20*(1), 68-78. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00382.x
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, *80*(2), 233-240. doi:10.1016/j.pec.2009.10.026
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Field, A. (2011). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L., & Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality Life Outcomes*, *2*, 51. doi:10.1186/1477-7525-2-51

- Foster, J., & Metcalfe, J. S. (2001). *Frontiers of evolutionary economics: competition, self-organization and innovation policy*. Cheltenham: Cheltenham: E. Elgar.
- Furenbäck, I. (2012). Utveckling av samverkan: ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvård (Doktorsavhandling). Kristianstad: Kristianstad universitet. Hämtad 2019-04-23 från <http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A925021&dsid=223>
- Gerrish, K., & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12(2), 114-123. doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00454.x
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Oxford: Oxford: Polity Press.
- Gilgun, J. F. (2005). "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 15(2), 256-262. doi:10.1177/1049732304268796
- Gonçalves-Bradley, D.C., Iliffe, S., Doll, H.A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., ... Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Systematic Reviews* (6), CD000356. doi: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67. Hämtad 2019-04-23 från <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16481783>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Griffith, J. C., Brosnan, M., Lacey, K., Keeling, S., & Wilkinson, T. J. (2004). Family meetings - a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. *Age and Ageing*, 33(6), 577-581. doi:10.1093/ageing/afh198
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I . A Molander & L.I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. I U N.K Denzin & Y.S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* (s. 105-117). Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188. doi:10.1258/135581902760082517
- Gustafsson, S. (2012). *Health-promoting intervention for community-dwelling older adults - Focusing on the concept of frailty and intervention outcome* (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborgs universitet. Hämtad från 2019-04-23 <http://hdl.handle.net/2077/28001>
- Hansson, A., Svensson, A., Ahlstrom, B. H., Larsson, L. G., Forsman, B., & Alsen, P. (2018). Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 680-689. doi:10.1177/1403494817716001
- Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (2012). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management*, 20(3), 372-381. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01309.x

- Hedberg, B., Cederborg, A. C., & Johanson, M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal Nursing Management*, 15(2), 214-221. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00619.x
- Hedberg, B., Johanson, M., & Cederborg, A. C. (2008). Communicating stroke survivors' health and further needs for support in care-planning meetings. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1481-1491. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02053.x
- Hellström Muhli, U. (2003). *Att överbygga perspektiv: en studie av behovsbedömningsamtal inom äldreinriktat socialt arbete* (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborgs universitet. Hämtad 2019-04-23 från <http://hdl.handle.net/2077/8473>
- Hofflander, M. (2015). *Implementing Video Conferencing in Discharge Planning Sessions* (Doktorsavhandling, Serie, 2015:07). Karlskrona: Blekinge Tekniska Högskola. Hämtad 2019-04-23 från <http://bth.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A817200&cdswid=-99>
- Hood, C. (1991). A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? *Public Administration*, 69(1), 3-19. doi:10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- HSLF-FS. (2017:23). *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Hughes, R. (1998). Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer Behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 381-400. doi:10.1111/1467-9566.00107
- Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. New York: Routledge.
- Ilinca, S., & Calciolari, S. (2015). The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. *Health Services Research*, 50(1), 305-320. doi:10.1111/1475-6773.12211
- Iversen, T., Anell, A., Häkkinen, U., Kronborg, C., & Ólafsdóttir, T. (2016). Coordination of health care in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 41-55. doi:http://dx.doi.org/10.5617/njhe.2846
- IVO (2018). Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Samverkan för patienter och brukares välbefinnande - Hemsjukvård, hemtjänst och primärvård. Stockholm: IVO. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2016/samverkan-for-patienter-och-brukares-valbefinnande-hemsjukvard-hemtjanst-och-primarvard-rapport.pdf>
- Jackson, M., Harrison, P., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2015). Using a Qualitative Vignette to Explore a Complex Public Health Issue. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1395-1409. doi:10.1177/1049732315570119
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hur moderna organisationer fungerar* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Johnson, S., & Bacsu, J. (2018). Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. *Home Health Care Services Quarterly*, 37(3), 232-246. doi:10.1080/01621424.2018.1456996
- Kendall, E., Muenchberger, H., Sunderland, N., Harris, M., & Cowan, D. (2012). Collaborative capacity building in complex community-based health partnerships: a model for translating knowledge into action. *Journal of Public Health Management and Practice*, 18(5), 1-13. doi:10.1097/PHH.0b013e31823a815c
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311(7000), 299-302. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Koopmanschap, M. A., Rutten, F. F. H., van Ineveld, B. M., & van Roijen, L. (1995). The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics*, 14(2), 171-189. doi:10.1016/0167-6296(94)00044-5
- Kouzes, J., & Mico, P. (1979). "Domain Theory: An introduction to organizational behavior in Human Service Organizations". *Journal of Applied Behavioral Science*, 15(4), 449-469. doi:10.1177/002188637901500402
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., . . . Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616), 742-750. doi:10.3399/bjgp13X674422
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). *Building primary care in a changing Europe. European observatory on health systems and policy*. København: WHO Regional Office for Europe.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsen, T. (2015). *Förförande jämförelser - sambandet mellan vårdcentralens kvalitet och nivåerna av undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 1 till 30 dagar bland patienter 65 år eller äldre i Västra Götalands län*. FoU i Väst/GR, Rapport 4:2015. Kalmar: Lenanders Grafiska AB.
- Larsen, T., Falk, H., & Bångsbo, A. (2013). *Onödig slutenvård av sköra äldre: En kunskapsöversikt*. FoU i Väst/GR, Rapport 3:2013. Göteborg: Sandstens.
- Larsson, L. G., Bäck-Pettersson, S., Kylén, S., Marklund, B., & Carlström, E. (2017). Primary care managers' perceptions of their capability in providing care planning to patients with complex needs. *Health Policy*, 121(1), 58-65. doi:10.1016/j.healthpol.2016.11.010
- Larsson, L. G., Bäck-Pettersson, S., Kylén, S., Marklund, B., Gellerstedt, M., & Carlström, E. (2019). A national study on collaboration in care planning for patients with complex needs. *International Journal of Health Planning Management*, 34(1), 646-660. doi:doi:10.1002/hpm.2680
- Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (2005). *Forskningsmetoder i Socialt Arbete*. Lund: Studentlitteratur.

- Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., Corrieri, S., Lupp, M., . . . König, H. H. (2011). Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*, 68(4), 387-420. doi:10.1177/1077558711399580
- Lennartsson, C., & Heimerson, I. (2012). Elderly people's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 5. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(9 Suppl), 95-120. doi:10.1177/1403494812459468
- Lorange, P., & Roos, J. (1992). *Strategic Alliances: Formation, Implementation, and Evolution*. Cambridge, Mass: Blackwell.
- Mandell, M., & Steelman, T. (2003). Understanding what can be accomplished through interorganizational innovations: The importance of typologies, context and management strategies. *Public Management Review*, 5(2), 197-224. doi:10.1080/1461667032000066417
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification. *Nursing & Health Sciences* 19(1) 13-21. doi:10.1111/nhs.12320
- Marks, A., Malizio, J., Hoch, J., Brody, R., & Fisher, M. (1983). Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in a suburban population. *The Journal of Pediatrics*, 102(3), 456-460. doi:10.1016/S0022-3476(83)80677-5
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734. doi:10.5465/amr.1995.9508080335
- McCroory, V. (2019). An overview of the role of the district nurse caring for individuals with complex needs. *British Journal of Community Nursing*, 24(1), 20-26. doi:10.12968/bjcn.2019.24.1.20
- McKeown, F. (2007). The experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 469-476. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01556.x
- Miller, A. M., Swartwout, K. D., Schoeny, M. E., Vail, M., & McClenton, R. (2019). Care coordination to target patient complexity and reduce disparities in primary care. *Public Health Nursing*. doi:10.1111/phn.12606
- Mintzberg, H. (1979). Patterns in Strategy Formation. *International Studies of Management & Organization*, 9(3), 67-86. doi:10.1080/00208825.1979.11656272
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. *Qualitative Research Methods Series* 16. Thousand Oaks: SAGE Publication Inc.
- Morgan, D. L. (1998). *Focus group kit. Vol. 1, The focus group guidebook*. Thousand Oaks, California: SAGE Publication Inc.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22. doi:10.1177/160940690200100202
- Nirje, B. (2010). *Normaliseringsprincipen [Elektronisk resurs]*. Hämtad 2019-04-23 från <http://libris.kb.se/bib/11909159>
- Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC Medical Informatics Decision Making*, 16, 48. doi:10.1186/s12911-016-0285-4

- Nurjono, M., Shrestha, P., Ang, I. Y. H., Shiraz, F., Yoong, J. S.-Y., Toh, S.-A. E. S., & Vrijhoef, H. J. M. (2019). Implementation fidelity of a strategy to integrate service delivery: learnings from a transitional care program for individuals with complex needs in Singapore. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 177. doi:10.1186/s12913-019-3980-x
- OECD. (2016). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. doi:/10.1787/9789264258211-en
- Olsson, M., Larsson, L. G., Flensner, G., & Bäck-Pettersson, S. (2012). The impact of concordant communication in outpatient care planning - nurses' perspective. *Journal of Nursing Management*, *20*(6), 748-757. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01479.x
- Orlando, I. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship, Function, Process and Principles*. New York, NY: GP Putnam.
- Ovretveit, J. (2013). Samarbete, klinisk samordning och integrerad vård: evidens och praktiska förbättringar. I B. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan - förutveckling av hälsa och välfärd* (s. 77-90). Lund: Studentlitteratur.
- Petrenj, B., Lettieri, E., & Trucco, P. (2012). Towards enhanced collaboration and information sharing for critical infrastructure resilience: current barriers and emerging capabilities. *International Journal of Critical Infrastructures*, *8*(2-3), 107-120. doi:10.1504/ijcis.2012.049031
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Potter, T., & Peden-McAlpine, C. (2002). How expert home care nurses recognize early client status changes. *Home Healthcare Nurse*, *20*(1), 43-50. doi:10.1097/00004045-200201000-00012
- Powell, R. A., & Single, H. (1996). Methodology Matter - V Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *8*(5), 499-504. doi:10.1093/intqhc/8.5.499
- Prokop, J. (2016). Care Coordination Strategies in Reforming Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum an Independent Voice for Nursing*, *51*(4), 268-274. doi:10.1111/nuf.12157
- Ramfelt, E., & Lutzen, K. (2005). Patients with cancer: their approaches to participation in treatment plan decisions. *Nursing Ethics*, *12*(2), 143-155. doi:10.1191/0969733005ne771oa
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, *27*(4), 428-443. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.jstor.org/stable/23211910>
- Rennke, S., Nguyen, O. K., Shoeb, M. H., Magan, Y., Wachter, R. M., & Ranji, S. R. (2013). Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, *158*(5_Part_2), 433-440. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011
- Ring, R. S., & Van de Ven, A. H. (1992). Structuring cooperative relationships between organizations. *Strategic Management Journal*, *13*(7), 483-498. doi: <https://doi.org/10.1002/smj.4250130702>

- Rizza, P., Bianco, A., Pavia, M., & Angelillo, I. F. (2007). Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Services Research*, 7, 134. doi:10.1186/1472-6963-7-134
- Roback, K. (2016). Innovationsresistens vid implementering av medicinsk teknik. I P. Nilsen (Red.), *Implementering teori och tillämpning inom Hälso- & sjukvård* (s.109-126). Lund: Studentlitteratur.
- Rutledge, S. E., Whyte, J., Abell, N., Brown, K. M., & Cesnales, N. I. (2011). Measuring stigma among health care and social service providers: The HIV/AIDS Provider Stigma Inventory. *AIDS Patient Care STDs*, 25(11), 673-682. doi:10.1089/apc.2011.0008
- Rykkja, L. H. (2010). Øvelser i samfunnsikkerhet som styrings- og samordningsverktøy. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12(2), 3-26. Hämtad 2019-04-23 från <https://wo.cristin.no/as/WebObjects/cristin.woa/wo/27.Profil.29.25.2.3.15.1.19.3>
- SCB. (2017). Statistiska centralbyrån (SCB). *Kostnader per verksamhetsområde för landsting 2014-2016*. Hämtad 2019-04-23 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunalsektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-landstingssektorn-2016/-kostnader-per-verksamhetsomrade-for-landsting-20142016/>
- Schoorman, F. D., Mayer, R. C., & Davis, J. H. (2007). An Integrative Model of Organizational trust: Past, Present, and Future. *Academy of Management Review*, 32(2), 344-354. doi: <https://doi.org/10.5465/amr.2007.24348410>
- Scott, I. A. (2010). Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34(4), 445-451. doi:10.1071/ah09777
- Scott, W. R., & Davis, G. F. (2016). *Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives*. New York, USA: Routledge.
- SFS 1990:1404. *Kommunernas betalansvar för viss hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2009:981. *Lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:612. *Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2018:1092. *Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112-127. doi:10.1177/1077558710371485

- SKL. (2012). Sveriges kommuner och landsting (SKL). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*. Stockholm: SKL. Hämtad från <https://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sammanhallenvardomsorgaldre/battrelivforsjukaaldre.1689.html>
- SKL. (2015). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). *Webbkollen återinskrivna*. Hämtad 2019-04-23 från <https://workbook.quicksearch.se/Upload/164/webbkollen-sjukhus-aterinskrivna.pdf>
- Smith, P. C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J., Lindahl, A. K., . . . Kene, T. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*, 106(1), 37-49. doi:10.1016/j.healthpol.2011.12.009
- Socialstyrelsen. (2011). *Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2011*. Stockholm: Modintryckoffset. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-5>
- Socialstyrelsen. (2012). *Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012*. Stockholm: LTAB. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-1-5>
- Socialstyrelsen. (2017a). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan: Nationell vägledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-25>
- Socialstyrelsen. (2017b). *Om övergångar mellan slutna vård och öppna vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-04-23 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-1-13>
- Socialstyrelsen. (2017c.) *Öppna jämförelser En God vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-1-4>
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-04-23 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-3-18>
- SOSFS 1996:32. *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2005:27. *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27>
- SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2004:68. *Sammanhållna hemvård: Slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Hämtad 2019-04-23 från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/26584>.
- SOU 2015:20. *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård: Betänkande av utredning om betalansvarslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/03/sou-201520/>

- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/01/sou-20162/>
- SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2019-04-23 från <http://www.sou.gov.se/godochnaravard/>
- Stein, J. (1997). How Institutions Learn: A Socio-Cognitive Perspective. *Journal of Economic Issues*, 31(3), 729-740. doi:10.1080/00213624.1997.11505962
- Summer Meranius, M. (2010). "Era delar är min helhet" En studie om att vara äldre och multisjuk (Doktorsavhandling, Serie 11/2010). Kalmar: Linné universitetet. Hämtad 2019-04-23 från <http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A322457&dswid=3689>
- Sundin, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2002). Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9(2), 93-103. doi: 10.1046/j.1440-1800.2002.00135.x
- Szebehely, M., & Trydegard, G. B. (2012). Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health and Social Care in Community*, 20(3), 300-309. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Theile, G., Kruschinski, C., Buck, M., Muller, C. A., & Hummers-Pradier, E. (2011). Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 12, 24. doi:10.1186/1471-2296-12-24
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). TARGET ARTICLE: "Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model". *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125. doi:10.1207/s15327965pli1502_01
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). The psychological structure of pride: A tale of two facets. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 506-525. doi:10.1037/0022-3514.92.3.506
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- UN. (2017). United Nations (UN). *Ageing*. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>
- Waller, W. (2003). It's Culture All the Way Down. *Journal of Economic Issues*, 37(1), 35-45. doi:10.1080/00213624.2003.11506552
- van Dick, R., van Knippenberg, D., Kerschreiter, R., Hertel, G., & Wieseke, J. (2008). Interactive effects of work group and organizational identification on job satisfaction and extra-role behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 72(3), 388-399. doi:10.1016/j.jvb.2007.11.009
- van Dongen, J. J. J., Lenzen, S. A., van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2016). Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Family Practice*, 17(1), 58. doi:10.1186/s12875-016-0456-5
- Westrin, C. G. (1986). Social och medicinsk samverkan - begrepp och betingelser. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7(8), 280-285.

- Whitton, L. S. (2000). Navigating the hazards of the eldercare continuum. *Journal of Mental Health & Aging* 7(8), 145-158.
- WHO. (2017). World Health Organisation. Mental health of older adults. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: exploring the meanings of health and illness. *Journal of Health Psychology*, 3(3), 329-348.
doi:10.1177/135910539800300304
- Viney, L. L., & Bousfield, L. (1991). Narrative analysis: a method of psychosocial research for AIDS-affected people. *Social Science & Medicine*, 32(7), 757-765.
doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90301-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90301-R)
- Winge, M. (2016). Collaboration and Coordination Challenges in Patient-Centered Care Models and Information Services (Doktorsavhandling, Serie 16-010). Stockholm: Holmbergs. Hämtad 2019-04-23 från <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:954368/FULLTEXT01.pdf>
- Woodhouse, G. (2009). Exploration of interaction and shared care arrangements of generalist community nurses and external nursing teams in a rural health setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 17-23.
doi:<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=248235110905895;res=IELHEA>
- World Medical Association. (2008). *The Declaration of Helsinki*. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/doh-oct2008/>
- Vårdanalys. (2016:1). *Samordnad vård och omsorg En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: TMG Sthlm. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/samordnad-vard-och-omsorg/>
- Vårdanalys. (2016:5). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: TMG Sthlm. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016/>
- Vårdanalys. (2017:1). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation - En jämförelse av vilkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. Stockholm: Vårdanalys. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/primarvardens-resurser-styrning-och-organisation/>
- Vårdanalys. (2017:3). *En primär angelägenhet Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Stockholm: TMG Sthlm. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-primar-angelagenhet/>
- Vårdanalys. (2017:9). *Från medel till mål - att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*. Stockholm: Åtta.45 Tryckeri. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2017-9-rapport-web.pdf>

- Vårdanalys. (2018:11.) *På väg Delrapport om genomförande av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Åtta.45 Tryckeri. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/2018-11-pa-vag-vf-web.pdf>
- Yu, D. S., Thompson, D. R., & Lee, D. T. (2006). Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 27(5), 596-612. doi:10.1093/eurheartj/ehi656
- Åhgren, B., & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*, 11(Special 10th Anniversary Edition), 007. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111884/>
- Åsberg, R. (2001). Det finns inga kvalitativa metoder - och inga kvantitativa heller för den delen. Det kvalitativa - kvantitativa argumentets missvisande retorik. *Pedagogisk Forskning i Sverige*, 4(6), 270-292. Hämtad 2019-04-23 från <https://open.lnu.se/index.php/PFS/article/view/1131>