

Till förbundsstyrelsen

## Förslag till förtydligt uppdrag för GR när det kommer till samordning av kommunernas gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå

Förbundsstyrelsen uppdrog i december 2014 åt förbundsdirektören att initiera en utredning där GR:s roll och uppdrag som stöd i socialtjänst- samt hälso- och sjukvårdsfrågor kunde klargöras. I denna utredning konstaterades bland annat att behov fanns av att förtydliga GR:s uppdrag inom ramen för VästKom-samarbetet.

Den 18 september 2015 ställde sig förbundsstyrelsen bakom utredningens slutsats att GR:s uppdrag bör förtydligas och uppdrog åt förbundsdirektören att ta fram ett förslag till hur ett förtydligt uppdrag att samordna medlemskommunernas gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdfrågor skulle kunna utformas.

Det framtagna förslaget innehåller följande fyra förändringar i GR:s arbetssätt och styrdokument: 1) medlemskommunerna använder sociala styrgruppen som arena för delregional mellankommunal politisk beredning av hälso- och sjukvårdsfrågor, 2) medlemskommunerna ger GR möjlighet att anställa en planeringsledare för hälso- och sjukvårdfrågor, 3) medlemskommunerna ger GR i uppdrag att skapa ett nytt nätverk för tjänstemän ansvariga för hälso- och sjukvårdsfrågor och 4) medlemskommunerna godkänner ett tillägg till förbundsordningen där "hälso- och sjukvård på delregional nivå" läggs till samordningsområdet Social välfärd i 3 §.

Vid förbundsstyrelsens sammanträde 2015-12-11 presenterades förslaget som ett informationsärende, för att ge möjlighet att informera KS-presidierna om GRs tidplan. Förbundsstyrelsen bekräftade genomförandet av ett seminarium kring hälso- och sjukvårdsfrågor för berörda politiker och tjänstemän 2016-02-05 samt beslöt att KS-presidierna ska informeras om GRs tidplan inför beslut i förbundsstyrelsen 2016-02-12.

### Förslag till beslut

Att för egen del ställa sig bakom att GR får uppdraget att arbeta i enlighet med förtydligat uppdrag för GR när det kommer till samordning av kommunernas gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå.

Att rekommendera medlemskommunerna att ställa sig bakom att GR får uppdraget att arbeta i enlighet med förtydligat uppdrag för GR när det kommer till samordning av kommunernas gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå.

Att rekommendera medlemskommunernas fullmäktigeförsamlingar att godkänna ett förtydligande i förbundsordningen under ändamålsparagrafen 3, punkt 2, se markering; "Social välfärd **inklusive hälso- och sjukvård på delregional nivå**".

Att föreslå GRs förbundsfullmäktige att vid sitt sammanträde 2016-06-14 fastställa ovan nämnda förtydligande i förbundsordningen, under förutsättning att det godkänns av medlemskommunernas fullmäktigeförsamlingar.

Att kommunernas svar ska vara GR tillhanda senast 2016-04-30.

Att denna protokollsparagraf justeras omedelbart.

Göteborg 2016-02-12

Helena Söderbäck

/Cecilia Bokenstrand, Cornelia Björk

## Förslag till förtydligat uppdrag för GR när det kommer till samordning av kommunernas gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå

### **Hälso- och sjukvårdsinsatser - en framtida utmaning för kommunerna**

På Sveriges kommuner åligger det att tillhandahålla sina invånare en god hälso- och sjukvård. I Västra Götaland är det således inte enbart Västra Götalandsregionen som är ansvarig för hälso- och sjukvården, utan länets 49 kommuner har också de ett stort ansvar. I diskussioner om framtidens hälso- och sjukvård är det därför av stor vikt att kommunala företrädare finns med.

Vidare finns anledning att tro att behovet av resurser för att axla detta ansvar kommer att vara större i framtiden än vad det är idag. Två faktorer lyfts ofta fram som orsaken till denna kostnadsökning, dels den demografiska utvecklingen, dels teknikutvecklingen inom vården.<sup>1</sup>

Den demografiska utvecklingen handlar om att den stora generation av personer födda på fyrtioalet snart kommer nå en ålder då de blir alltmer vårdkrävande. Samtidigt sjunker andelen i arbetsför ålder som ska betala för den kostnadsökning som förväntas följa av en mer vårdkrävande befolkning. Detta sägs komma att skapa ekonomiska påfrestningar för samhället. Teknikutveckling handlar om att vården av allt fler patienter, trots komplicerade vårdbehov, kan ske i hemmiljön. Att fler vårdas i hemmet kan vara en stor vinst för individerna, men det innebär också ökade krav på kommunerna att leva upp till sitt ansvar.

I Göteborgsregionen pågår på flera håll ett viktigt och framgångsrikt arbete för att kunna möta dessa utmaningar. Vissa kommuner har en etablerad plattform för att både på politisk nivå och på tjänstemannanivå kunna arbeta samordnat med frågorna. Men delregionens kommuner har kommit olika långt i sitt arbete. Eftersom framtida utmaningar kan komma att innebära kostnadsökningar, och därmed skapa behov av tuffare prioriteringar, bedöms det vara av särskild vikt att medlemskommunernas ansvariga politiker är

---

<sup>1</sup> *Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering*, Programberedningen för välfärdsfinansiering, Sveriges kommuner och landsting (2010)

involverade i samtalet om hur dessa utmaningar ska mötas. Här finns idag utrymme för förbättringar.

Eftersom GR för närvarande inte uppfattas ha ett samordningsuppdrag inom hälso- och sjukvårdsfrågor kan inte kommunalförbundets arenor användas fullt ut för att stötta medlemmarna i detta viktiga arbete. Syftet med föreliggande beslutsunderlag är att erbjuda kommunerna en sådan arena. Det som här föreslås skulle, givet att beslut fattas, inte revolutionera arbetet, men det skulle innebära att kommunerna, precis som när det gäller andra viktiga samhällsfrågor kan använda sitt kommunalförbund för att driva sakfrågor inom hälso- och sjukvård framåt och samordnat möta en viktig utmaning.

### **Ett glapp i strukturen för samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor**

Under 2015 genomfördes en utredning av vilket uppdrag GR har när det kommer till kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen i dessa frågor<sup>2</sup>. I utredningen konstateras att GR en gång i tiden gavs ett formellt uppdrag att samordna kommunerna i frågor som rör gränssnittet till Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsorganisation, men att detta uppdrag aldrig fullt ut lyftes in i organisationen. Idag finns en uppfattning att GR har uppdrag när det gäller kompetensutveckling och FoU-stöd för den kommunala vård/omsorgen och angränsande hälso- och sjukvård, men att uppdrag saknas när det gäller samordning av det gemensamma agerandet inom ramen för VästKom-samarbetet.

Att det saknas en aktör med ett samordnande uppdrag på delregional nivå skapar enligt utredaren problem. Vårdsamverkansstrukturerna, som på lokal nivå i de konkreta verksamheterna arbetar tillsammans med Västra Götalandsregionen med att förbättra vårdkedjorna, har utvecklats frikopplade från kommunalförbundet. Samtidigt har kommunalförbundet som en av fyra medlemmar i VästKom på den regionövergripande nivån ett uppdrag att utgöra ett av fyra ben i den struktur som finns för att möta Västra Götalandsregionen. Uppfattningen att GR saknar mandat att samordna medlemskommunerna har gjort att speciallösningar krävs för att lappa ihop den regionövergripande logiken (dvs. kommunalförbundslogiken) med den lokala logiken (dvs. vårdsamverkanslogiken).

Speciallösningarna har lett till ojämlika villkor för GR:s medlemskommuner i den regionövergripande samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor. Vissa kommuner har idag en direkt tillgång till de

---

<sup>2</sup> Dnr: 14-230.011

regionövergripande diskussionerna medan andra kommuner istället saknar fungerande kanaler för förankring och dialog.

Den 18/9 2015 ställde sig förbundsstyrelsen bakom utredningens slutsats att GR:s uppdrag bör förtydligas och gav förbundsdirektören i uppgift att ta fram förslag på hur ett sådant uppdrag skulle formuleras. I detta underlag beskrivs detta förslag.

## Om behovet av ett tydliggörande

Såsom gjordes tydligt i utredningen har GR:s medlemskommuner olika behov av en delregional aktör som samordnar dem i hälso- och sjukvårdsfrågor. Vissa uttrycker att behov finns och andra uttrycker att de inte har behov av en sådan samordnande aktör. Man skulle kunna argumentera att det därmed inte är en fråga för GR att hantera. Anledningen till att frågan ändå utreds och att medlemskommunerna ombeds ta ställning till GR:s uppdrag är att kommunalförbundet utgör en av fyra medlemmar i samarbetsorganisationen VästKom. Om GR inte har medlemskommunernas uppdrag att samordna deras gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor, och bära in frågor i det regionövergripande samarbetet, blir det svårare för VästKom-samarbetet att fungera. Om GR:s medlemskommuner inte bemyndigar GR att samordna deras gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor blir det svårt för GR att bemyndiga VästKom att verka för medlemskommunernas intressen i mötet med Västra Götalandsregionen. Ett ställningstagande ifråga om GR:s roll i VästKom-samarbetet när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor är således nödvändigt.

## Detta har gjorts

Under framtagandet av förslaget har undertecknad mött sammanlagt elva politiska företrädare från åtta av GR:s medlemskommuner samt en politisk representant för vårdssamverkan i SIMBA-området. Förutom dessa möten har även möten genomförts med politiska företrädare för Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd samt en politisk representant för hälso- och sjukvårdsstyrelsen.<sup>3</sup> Syftet med dessa möten har varit att föra samtal med utgångspunkt i utredningens slutsatser och ge möjlighet för politikerna att framföra sina tankar om ett eventuellt uppdrag för GR att samordna kommunernas gemensamma agerande. Parallellt med mötena med de politiska företrädarna har också dialog förts med tjänstemannaorganisationerna i vårdssamverkansstrukturerna, VästKom och Göteborgs Stad.

---

<sup>3</sup> Ett möte med ordförande i Västra hälso- och sjukvårdsnämnden var inplanerat med fick i sista stund ställas in.

Med utgångspunkt i dessa samtal har ett förslag utarbetats som ger GR uppdraget att samordna kommunernas gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor inom ramen för VästKom-samarbetet. Nedan tydliggörs vilka konsekvenser detta förslag bär med sig.

### **Om nuvarande situation**

Som belystes i utredningen är den aktuella delregionen komplex med stora skillnader i storlek mellan de ingående kommunerna och kommunernas engagemang i vårdssamverkanstrukturer ser olika ut. Långt ifrån alla medlemskommuner ingår i en vårdssamverkan som både på politisk och tjänstemannanivå är etablerad och välfungerande. De genomförda mötena med politiska representanter har gjort detta än mer tydligt. I syfte att ge en kort beskrivning av nuvarande situation redovisas nedan hur GR:s medlemskommuner ingår i vårdssamverkanstrukturer och hur dessa förhåller sig till Västra Götalandsregionens nya struktur för hälso- och sjukvårdsnämnder.

### **Kommuner som ingår i Västra hälso- och sjukvårdsnämnden**

Om vi undantar Kungsbacka och Göteborgs stad så tillhör alla GR-kommuner idag Västra hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa elva kommuner bildar dock ingen gemensam vårdssamverkanstruktur utan ingår i olika sammanhang vilka beskrivs nedan.

- Ale, Kungälv, Stenungssund och Tjörn (SIMBA)

Dessa fyra GR-kommuner ingår i samverkan i Södra Bohuslän och Ale (SIMBA). I SIMBA-området finns sedan flera decennier lång samverkan på både den politiska nivån och bland tjänstemännen. Många av de politiker som undertecknad mött lyfter fram SIMBA-kommunernas samarbete som välfungerande och det framhålls som ett modellsamarbete för andra att ta efter. De ingående parterna gör många gånger tydligt att de är måna om att bevara denna samverkan. Kommunerna representeras i den politiska samrådsgruppen av presidierna i socialnämnderna (eller motsvarande) och på tjänstemannanivå finns tre utvecklingsgrupper inom områdena psykiatri, barn och unga samt äldre. Vidare finns också närområdesgrupper i varje kommun.

- Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö

Dessa fyra GR-kommuner ingår idag i vårdssamverkan på tjänstemannanivå tillsammans med Göteborgs stad (Kommun och sjukvård i samverkan – Göteborgsområdet). Dock finns idag ingen fungerande arena för politisk beredning av hälso- och sjukvårdsfrågorna. Innevarande mandatperiod har i skrivande stund ingen politisk grupp utsetts och under den förra mandatperioden

beskrivs den då utsedda politiska grupperingen ha varit relativt inaktiv. På tjänstemannanivå finns en ledningsgrupp utsedd (LGS) och under den arbetar fyra temagrupper med områdena äldre, psykiatri, funktionshinder samt barn och unga. Vidare finns 13 stycken närvårdssamverkansgrupper som samverkar inom ett mindre geografiskt område, exempelvis Angered eller Mölndal.

- Alingsås, Lerum och Lilla Edet

Dessa tre GR-kommuner grupperas här tillsammans eftersom alla ingår eller har ingått i vårdssamverkanstrukturer i andra kommunalförbundsområden och därmed enligt strukturen som finns på plats har eller har haft en form av tillhörighet enligt VästKom-samarbetets logik (via GR in i det regionövergripande samtalet) och en annan tillhörighet enligt vårdssamverkanslogiken (med kommuner som ingår i ett annat kommunalförbund). Dessa tre kommuner har inte haft samma möjlighet som övriga kommuner i Göteborgsregionen att lyfta frågor från lokal nivå till den regionövergripande nivån inom VästKom-samarbetet så länge som GR saknat uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor. Lilla Edet har löst detta genom att också ingå i Fyrbodals kommunalförbund och delta i de nätverk som där tillhandhålls för att diskutera hälso- och sjukvårdsfrågorna. För Alingsås och Lerum har förutsättningarna nyligen ändrats. Dessa kommuner ingår inte längre i vårdssamverkan i Södra Älvsborg utan har istället påbörjat ett arbete med att etablera en ny vårdssamverkansstruktur.

### **Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd**

- Göteborgs stad

Då återstår endast en kommun som samtidigt är den överlägset största. Det tål att upprepas att Göteborgs stad är, när det gäller den kommunala hälso- och sjukvårdsstrukturen, att betrakta som tio kommuner. Det gör att Göteborg har ett mycket större behov av intern samordning inför mötet med Västra Götalandsregionen än vad övriga kommuner har. Göteborgs stads storlek handlar dock inte enbart om att antalet invånare är större. Göteborgs stad har också fler ansvarsenheter involverade än en mindre kommun. Det är de tio stadsdelarna som inom sina geografiska områden har ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser till sina invånare.

Som nämns ovan samverkar Göteborgs stad med kranskommunerna i en övergripande vårdssamverkansstruktur som kallas för Kommun och sjukvård i samverkan – Göteborgsområdet. Stadsdelarna ingår i det som kallas för närområdessamverkan och i temagrupperna.

### **Det regionövergripande samarbetet i hälso- och sjukvårdsfrågor**

Det är nödvändigt att också sätta in föreliggande förslag till beslut i de processer som pågår i den regionövergripande strukturen för samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor (som på kommunsidan organiseras av VästKom).

Under 2014 genomfördes en utvärdering av den regionövergripande samverkan. Där konstateras att strukturen för samverkan på regional nivå är nödvändig med svårgräpbar. Efter utvärderingen har VästKom tillsammans med Västra Götalandsregionens Koncernstab hälso- och sjukvård fört dialog med vårdsamverkansgrupperna och med grund i detta tagit fram ett förslag på hur den regionövergripande samverkan ska omorganiseras.

Enligt förslaget ska dagens regionövergripande tjänstemannagrupp (LiSA-gruppen) omvandlas till en grupp som ska kallas för *Vårdsamverkan Västra Götaland*. Denna grupp ska utgöras av representanter från de befintliga vårdsamverkansorganisationer som finns i Västra Götaland, och kompletteras med representanter från VästKom och Västra Götalandsregionens koncernkontor. Tanken är att denna grupp ska hantera frågor som vårdsamverkansorganisationerna bedömer som regionövergripande frågor, och frågor som huvudmännen, via VästKom och koncernkontoret definierar som samverkansfrågor.

Beredningen till denna grupp är enligt förslaget tänkt att ske via Koncernstab hälso- och sjukvård och VästKom vilka ska sortera ut de regionövergripande frågor som ska hanteras av Vårdsamverkan Västra Götaland. De frågor som bedöms vara partsfrågor ska istället behandlas av varje huvudman för sig.

## **Sammanfattningsvis**

Vad vi står inför är alltså behov att ett stort engagemang i hälso- och sjukvårdsfrågor bland Sveriges kommuner. Samtidigt använder Göteborgsregionens kommuner inte en central del av den etablerade strukturen för samverkan i frågorna. Nedan presenteras ett förslag på hur kommunalförbundet kan ges möjlighet att verka på avsett vis inom den etablerade strukturen.

## **Förslag: Medlemskommunerna ger GR ett förtydligt uppdrag att samordna deras gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå**

Enligt förslaget ges GR uppdraget att i de frågor där kommunerna finner det lämpligt samordna deras gemensamma agerande på delregional nivå. Syftet är att stärka kommunerna och det kommunala perspektivet i överläggningar och samverkan med regionala och nationella aktörer. Nedan kommer innehållet i detta förslag att preciseras och vilka



konsekvenser som det får. Det är dock relevant att redan nu tydliggöra vilka konsekvenser som detta förslag *inte* får.

Förslaget handlar om att tillhandhålla en arena för mellankommunal samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå. Det innebär *inte* att kommunalförbundet ges makt över hur vårdssamverkan mellan huvudmännen på lokal nivå organiseras. Det är och förblir kommunernas uppdrag och ansvar att utforma vårdssamverkan med Västra Götalandsregionen på lokal nivå på det vis medlemskommunerna finner mest lämpligt givet de lokala förutsättningarna. Förhoppningen är dock att ett uppdrag för kommunalförbundet ska kunna leda till att de vårdssamverkansstrukturer som medlemskommunerna väljer att verka inom ska kunna ges relevant stöd när det kommer till exempelvis utvärderings-, forsknings- och utvecklingsfrågor.

Detta förslag tar inte heller ifrån kommunerna något mandat i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det är varken möjligt eller önskvärt för en samordnande aktör som GR. Tvärtom är det kommunalförbundets uppdrag att stärka sina medlemskommuners självstyre. Det förslaget syftar till är endast att låta de strukturer som medlemskommunerna genom sitt kommunalförbund redan tillskapat kunna användas av kommunerna för att arbeta aktivt med förankring och dialog även när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor.

Förslaget skulle i huvudsak kräva fyra förändringar i GR:s arbetssätt och styrdokument. Dels behövs en fungerande arena för delregional politisk beredning och ett mindre tillägg i GR:s förbundsordning, dels behövs på tjänstemannanivå en verksam planeringsledare och ett nytt nätverk av personer ansvariga för frågorna bland GR:s medlemskommuner. Nedan beskrivs varje förändring för sig.

### **Förändring A: Medlemskommunerna använder GR som en arena för delregional mellankommunal politisk beredning av hälso- och sjukvårdsfrågor**

VästKom-samarbetets logik bygger på kommunalförbundsstrukturen. Idag finns i GR-området ingen arena för kommunal politisk beredning av hälso- och sjukvårdsfrågor som täcker hela kommunalförbundsområdet, och det är endast kommunerna Ale, Kungälv, Stenungssund och Tjörn som har en etablerad politisk plattform för hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta skapar olika förutsättningar för GR:s medlemskommuner och gör att VästKom-samarbetet inte kan fungera som det är tänkt. När kommunalförbundet inte har uppdraget finns ingen politisk arena där frågor kan lyftas upp från den lokala till den regionala nivån. Därmed saknas fungerande kanaler för kommunikation och förankring.

I syfte att hantera detta problem kan GR erbjuda sina medlemskommuner en sådan arena. Enligt förslaget ges den sociala styrgruppen i uppdrag att, utöver nuvarande uppgifter, även utgöra en arena för medlemskommunernas politiska beredning av hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå. De frågor som ska behandlas i detta forum är inte operativa eller de som berör det konkreta vårdkedjearbetet. Istället betraktas som en typisk fråga för denna politiska gruppering beredningen av ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal. De frågor som här ska hanteras är de som medlemskommunerna finner relevanta att driva i det regionövergripande samarbetet. I huvudsak handlar det alltså om partsfrågor som ska beredas i denna gruppering.

### **Förändring B: Medlemskommunerna ger GR möjlighet att anställa en planeringsledare**

För att GR ska kunna utgöra en delregional aktör i hälso- och sjukvårdsfrågor behöver det finnas en koppling och en större närhet till vårdsamverkansstrukturerna än vad som finns idag. Därför anställs en planeringsledare vars uppdrag bland annat blir att följa arbetet som utförs i de vårdsamverkansstrukturer som medlemskommunerna väljer att ingå i. Denna planeringsledares uppdrag är att bevaka de sakpolitiska områden där kommunerna har att tjäna på ett gemensamt agerande och lyfta dem till beredning på delregional nivå.

### **Förändring C: Medlemskommunerna ger GR i uppdrag att skapa ett nytt nätverk för tjänstemän som är ansvariga för hälso- och sjukvårdsfrågor**

Det finns behov av att också skapa en arena på tjänstemannanivå för att diskutera den kommunala hälso- och sjukvården ur ett delregionalt perspektiv. Därför ska GR ges i uppdrag att skapa ett nytt nätverk som har fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor och som kan komplettera nuvarande socialchefsnätverk. Nätverket ska ledas av ovan nämnda planeringsledare som ska stötta nätverket att lyfta de sakpolitiska områden där det finns ett behov att ha ett flerkommunperspektiv på frågorna. Detta nätverk ska, för att underlätta för kommunernas tjänstemän, samordnas med andra nätverk.

### **Förändring D: Medlemskommunerna godkänner ett tillägg till förbundsordningen**

Idag står i förbundsordningens ändamålsparagraf att ett av förbundets två funktioner är att verka som samordningsorgan inom fem specifika områden. Ett av dessa områden är social välfärd. I syfte att förtydliga att detta även framgent ska inkludera hälso- och sjukvårdsfrågor ska ett tillägg göras till förbundsordningens 3 § som visar att

kommunalförbundet även arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor. Tillägget presenteras nedan understruket och markerat med fetstil:

Förbundet är samverkansorgan inom följande områden:

- Arbetsmarknad
- Miljö och samhällsbyggnad
- Social välfärd **samt hälso- och sjukvård på delregional nivå**
- Utbildning
- Näringsliv

### **Konsekvenser av förslaget**

De fyra förändringar i styrdokument och arbetssätt som beskrivs ovan får vissa följder vilka tydliggörs nedan. Det handlar dels om ekonomiska konsekvenser, dels om konsekvenser för den regionövergripande samverkan som organiseras genom VästKom.

### **Konsekvenser för den regionövergripande strukturen för hanteringen av hälso- och sjukvårdsfrågor**

Det finns anledning att i konsekvensbeskrivningen lyfta följande tre delar av den regionövergripande strukturen för hantering av hälso- och sjukvårdsfrågor.

- Regionövergripande vårdsamverkan - Vårdsamverkan Västra Götaland

Det finns inget i förslaget som påverkar villkoren för den föreslagna gruppen Vårdsamverkan Västra Götaland. Dock är det relevant att påpeka att det i Göteborgsregionen inte finns en vårdsamverkansgrupp som täcker hela delregionen. Det är därför ur ett GR-perspektiv viktigt att poängtera att alla kommuner bör ges möjlighet att bli representerade i den föreslagna regionövergripande gruppen på det sätt som de önskar.

- Regionövergripande partsfrågor

Partsfrågorna (det vill säga avtal, överenskommelser och gränssnitt) ska enligt liggande förslag från VästKom och Koncernkontoret hädanefter hanteras i de två huvudmannaleden. På kommunsidan innebär det att kommunalförbundsstrukturen (som via VästKom samlar regionens 49 kommuner) ska användas. Förslaget om ett förtydligat uppdrag för GR innebär att när kommunalförbunden genom VästKom-samarbetet möter Västra Götalandsregionen i frågor som rör hälso- och sjukvård ska GR:s medlemkommuner representeras av GR tillsammans med Göteborgs Stad. Elva av GR:s medlemskommuner ska representeras av personer

som utses via kommunalförbundets arenor. Göteborgs stad ska representeras av personer som utses via Göteborgs stad egna arenor.

- Tjänstemannaberedningen av mellankommunala frågor på regional nivå - socialhandläggargruppen

Beredningen av huvudmannfrågor på den kommunala sidan sker enligt den etablerade strukturen i det som kallas för socialhandhandläggargruppen. Här representeras varje delregion (enligt kommunalförbundslogiken) av en utsedd socialhandläggare. Gruppen arbetar på uppdrag av VästKoms ledningsgrupp med att bereda frågor som ska hanteras i VästKoms ledningsgrupp och lämnar förslag till beslut/åtgärd. Tidigare fanns även ett uppdrag att bereda de frågor som berörde samverkan med Västra Götalandsregionen och som skulle behandlas i Lisa-gruppen. Givet att beslut fattas om att bilda Vårdsamverkan Västra Götaland faller uppdraget att bereda dessa samverkansfrågor. Föreliggande förslag innebär att kommunalförbundet hädanefter när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor representerar sina medlemskommuner i VästKoms socialhandläggargrupp genom ovan beskrivna planeringsledarfunktion. Förutom detta ska Göteborgs Stad avgöra på vilket sätt de tio stadsdelarna ska representeras i denna grupp.

## **Ekonomiska konsekvenser**

Förslaget för med sig två kostnadsökningar, dels en kostnad för en planeringsledartjänst, dels en kostnad för att driva ytterligare ett nätverk.

- Löne- och personalomkostnader för en planeringsledare enligt ovanstående beskrivning beräknas motsvara 85 000 kronor per månad. Detta skulle ge en årlig kostnad på 1 020 000 kronor.
- Omkostnaderna för att driva ytterligare ett nätverk beräknas uppgå till 55 000 kronor per år.

## **Konsekvenser om medlemskommunerna *inte* ger GR ett förtydligt uppdrag att samordna deras gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå**

Som redan antytts ovan, och i tidigare genomförda utredning, kan inte GR bemyndiga VästKom att representera kommunalförbundets medlemmar om inte kommunerna i Göteborgsregionen bemyndigar sitt kommunalförbund att arbeta med frågorna. Om medlemskommunerna inte ger GR ett uppdrag att samordna deras gemensamma agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå måste VästKoms nuvarande uppdrag ändras och de frågor som handlar om hälso- och



sjukvård kopplade till Göteborgsregionen lyftas bort. Göteborgsregionens kommunalförbund kommer därmed att enbart verka inom VästKom-samarbetet i de frågor som inte berör hälso- och sjukvård. Göteborgsregionens medlemskommuner får istället finna andra former för sin mellankommunala samverkan i hälso- och sjukvårdfrågor.

## **UTREDNING OM OMFATTNINGEN AV GÖTEBORGSREGIONENS KOMMUNALFÖRBUNDS UPPDRAG INOM DET SOCIALA OMRÅDET**

- UPPDRAGET SOM FÖRSVANN

## Sammanfattning

Denna utredning studerar Göteborgsregionens kommunalförbunds (GR:s) uppdrag inom det sociala området eftersom en otydlighet finns när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågorna. Utredningen konstaterar först att GR tidigare hade ett formellt uppdrag när det handlar om både kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen. Kommunerna i länet byggde i början på 2000-talet en struktur för hantering av hälso- och sjukvårdsfrågor på regional nivå. Västsvenska kommunalförbundens samarbetsorganisation (VästKom) skapades med uppdrag att företräda kommunalförbunden, bland annat i mötet med Västra Götalandsregionen. Kommunalförbunden blev på så vis grundpelare i strukturen för att hantera länets samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor. Vid denna tid ansökte också GR om och fick status som regionalt kommunförbund hos dåvarande Svenska Kommunförbundet. Detta innebar ett mandat att företräda kommunerna på regional nivå gentemot landstingsorganisationen. Det är alltså svårt att säga annat än att ett uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor en gång i tiden existerade för GR, i alla fall formellt sett. Samtidigt visar intervjuer att en uppfattning hela tiden funnits att GR inte har något sådant uppdrag.

Vad som skapat denna situation är svårt att svara på. En förklaring handlar om att stora skillnader finns i storlek mellan medlemskommunerna, vilket skapar olika förutsättningar för och behov av att ingå i samverkan med andra kommuner. Göteborgs Stad är på flera sätt olik övriga medlemskommuner och det framstår i utredningsmaterialet som att den stora kommunens avsaknad av behov av externt stöd när det kommer till samordning i hälso- och sjukvårdsfrågor har blivit styrande för vilka behov GR som organisation förväntas möta. När sedan statliga stimulansmedel för en kunskapsbaserad socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård, med ökade krav på samverkan mellan huvudmännen, delades ut till länet via den etablerade strukturen för samverkan skapades tillitsproblem och GR:s roll blev ifrågasatt.

Utredningens nulägesanalys visar att det idag finns en skillnad mellan hur medlemskommunerna förstår GR:s uppdrag och hur praxis av nödvändighet ser ut. GR är idag involverat i hälso- och sjukvårdsfrågor i gränsländet till Västra Götalandsregionen vare sig organisationen eller övriga aktörer uppfattar att ett uppdrag finns, eftersom den utgör en central del av strukturen för samverkan. Utredningen menar att problemet dock inte handlar om att GR saknar ett uppdrag. Istället är problemet att Göteborgsregionens kommuner saknar en aktör med det uttalade uppdraget att verka för samordning av hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta bedöms inte gynna kommunkollektivet i mötet med Västra Götalandsregionen och i förlängningen inte medborgarnas rätt till vård på lika villkor. Situation hanteras idag genom speciallösningar för att möta medlemskommunernas intressen och behov. Genom detta uppstår dock nya problem där bland annat kommunikationen blir svårare att hantera och ojämlika villkor skapas för medlemskommunerna.

För att diskutera hur dessa utmaningar kan hanteras belyser utredningen tre möjliga handlingsalternativ. Det alternativ som konstateras bäst tillvarata kommunernas intresse är att GR ges i uppdrag att samordna kommunkollektivets agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå och genom VästKom på regional nivå. Det är viktigt att detta uppdrag på intet sätt påverkar Göteborgs Stads behov av en särställning i den delregionala och regionövergripande samverkan, men det bedöms samtidigt vara viktigt att den stora kommunens behov inte hindrar GR att möta övriga kommuners behov av en samordnande aktör.

# Innehåll

Inledning.....	4
Varför utredningen genomförs.....	4
Intressenter i utredningen .....	4
Utredningens frågeställningar och genomförande .....	4
Resultat .....	6
Del 1 – Uppdraget som försvann .....	6
En tillbakablick i diariet – 1990-talet .....	6
En tillbakablick i diariet – 2000-talet .....	7
En tillbakablick i diariet – 2010-talet .....	8
Vad sägs i intervjuerna?.....	9
Kommunalförbundet och vårdssamverkansorganisationerna .....	9
Göteborgs Stad och de övriga kommunerna – den stora och de mindre.....	11
Grunden för samverkan mellan huvudmännen .....	12
Olika bilder skapas av vilket uppdrag GR har .....	12
Den statliga inblandningen skapar oro.....	13
Hanteringen av de statliga medlen leder till att tilliten påverkas .....	14
Slutsatser och diskussion .....	15
Del 2 – Problemet som skapades .....	17
a) Styrdokumentens formulering av uppdraget .....	17
b) Medlemskommunernas uppfattning om GR:s uppdrag .....	18
c) GR:s praktiserande av uppdraget .....	19
Formuleringen av ett problem.....	20
Problemet olik delar.....	22
Omvärldsfaktorer .....	25
Slutsatser och diskussion .....	26
Del 3 – Förslag på lösning .....	29
Möjliga handlingsalternativ .....	29
Vilket handlingsalternativ tillvaratar bäst medlemskommunernas intressen? .....	30
Slutsatser och diskussion .....	31
Referenslista.....	33
Bilaga 1: Metod, material och metoddiskussion .....	34



## Inledning

Under hösten 2014 initierades ett utredningsarbete på Göteborgsregionens kommunalförbund (GR). Utredningen handlar om GR:s uppdrag att samordna och stötta medlemskommunerna inom det sociala området med särskilt fokus på det som handlar om kommunernas hälso- och sjukvårdsarbete samt gränssnittet mot Västra Götalandsregionen i hälso- och sjukvårdsfrågor.

### Varför utredningen genomförs

Utredningen genomförs på uppdrag av GR:s förbundsstyrelse efter det att sociala styrgruppen identifierat ett behov av att förtydliga GR:s uppdrag.<sup>1</sup> I februari 2015 påbörjades utredningsarbetet av tjänstemän på GR och i denna rapport redovisas resultatet. Rapportens främsta syfte är att fungera som ett diskussions- och beslutsunderlag för politiker och tjänstemän inom det sociala området och stötta GR och medlemskommunerna i förtydligandet av GR:s uppdrag.

### Intressenter i utredningen

Förbundsstyrelsen är den formella beställaren av utredningsarbetet. Genom förbundsstyrelsens grunduppdrag är dock andra aktörer att betrakta som utredningens huvudsakliga intressenter. Det är GR:s medlemskommuners behov som ska styra vilka uppdrag GR utför. Därför betraktas medlemskommunerna som de främsta intressenterna i denna utrednings utformning, genomförande och resultat. Ansträngningar har därför gjorts att formulera problem och frågeställningar med utgångspunkt i medlemskommunernas intressen och att skapa delaktighet genom utredningens faser.

Politiker och medarbetare inom det sociala området på GR är de som på ett konkret vis kommer att kunna omsätta och använda utredningens resultat. Även dessa ska därför betraktas som viktiga intressenter.

Det finns också ett antal aktörer vilka indirekt påverkas av utredningsarbetet. Det handlar om de aktörer med vilka GR samarbetar i de delregionala eller regionala frågorna såsom Västsvenska kommunalförbundens samarbetsorganisation (VästKom), övriga kommunalförbund i Västra Götaland, vårdssamverkansorganisationer och Västra Götalandsregionen.

### Utredningens frågeställningar och genomförande

Det problem som ska utredas handlar om att GR:s uppdrag uppfattas vara otydligt när det kommer till det sociala området. Representanter för GR:s medlemskommuner och GR-medarbetare upplever att det finns en otydlighet dels ifråga om hälso- och sjukvårdsfrågor och dels ifråga om gränssnittet gentemot Västra Götalandsregionen (se tabell 1).

---

<sup>1</sup> Diarienummer 14-230.011.

Tabell 1 Avgränsning av utredningens problem

Aktuellt arbetsområde	Det sociala området		
Delar som kan ingå i detta område	Socialtjänst	Kommunal hälso- och sjukvård	Gränssnitt till Västra Götalandsregionen när det gäller socialtjänst och hälso- och sjukvård
Uppdragets tydlighet	Tydlighet uppfattas finnas i uppdraget	Otydlighet uppfattas finnas i uppdraget	
Problem som ska utredas		GR:s medarbetare uppfattar att det finns en otydlighet i uppdraget när det kommer till kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet mot Västra Götalandsregionen	

För att kunna utreda detta problem formuleras tre frågor vilka besvaras i rapporten. De tre frågorna motsvarar en betraktelse av GR:s uppdrag i tre kronologiska faser. Den första frågan handlar om dåtid. Frågan ställs i syfte att skapa en gemensam förståelse för hur GR:s uppdrag sett ut och förändrats fram till idag. Den andra frågan handlar om nutid och syftar till att tydliggöra hur olika aktörer förstår GR:s uppdrag, på vilket sätt GR:s uppdrag är otydligt och vilka konsekvenser detta får. Den tredje frågan handlar om framtiden. Denna fråga berör vilket uppdrag GR bör ha med syfte att tydliggöra vilka handlingsalternativ som finns och om möjligt lyfta fram det eller de alternativ som bäst tillvaratar medlemskommunernas intressen.

1. Vilket uppdrag har GR tidigare haft inom det sociala området när det gäller kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen?
2. Hur ser GRs uppdrag ut idag inom det sociala området när det gäller kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen?
  - a. Hur är uppdraget formulerat i styrdokumentet?
  - b. Vilket uppdrag uppfattar medlemskommunerna att GR har?
  - c. Hur agerar GR i förhållande till uppdraget?
3. Vilket uppdrag bör GR ha inom det sociala området när det gäller kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen?
  - a. Vilka handlingsalternativ finns?
  - b. Vilket handlingsalternativ förefaller bäst kunna tillvarata medlemskommunernas intressen?

Utredningen genomförs som en dokument- och intervjustudie där 43 personer, huvudsakligen tjänstemän från GR:s medlemskommuner, intervjuas och hundratals dokument analyseras. En detaljerad beskrivning av, samt diskussion om metoden och det material som används i utredningen, finns i bilaga 1.

## Resultat

Nedan redovisas resultatet av utredningsarbetet. Redovisningen sker genom att de tre frågorna besvaras i kronologisk ordning. Först följer en bakgrundsbeskrivning, sedan en presentation av nuläget och slutligen förs en diskussion när det gäller framtida handlingsalternativ.

### Del 1 – Uppdraget som försvann

Den första fråga som ska besvaras är vilket uppdrag GR tidigare haft inom det sociala området när det gäller kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen. Genom en tillbakablick i GR:s diarium, och genom intervjuer med personer som varit med och arbetat med dessa frågor under en längre tid, växer följande bild fram: För cirka femton år sedan byggde länets 49 kommuner en struktur för att hantera hälso- och sjukvårdsfrågor i gränssnittet till Västra Götalandsregionen, i vilken kommunalförbunden var tänkta att spela en central roll. I Göteborgsregionen har dock kommunalförbundets funktion i denna struktur från början varit otydlig, vilket lett fram till behovet av att genomföra denna utredning.

### En tillbakablick i diariet – 1990-talet

GR bildades i sin nuvarande form 1995<sup>2</sup>. Samtidigt pågick i organisationens närhet förändringar som skulle komma att påverka förutsättningarna för kommunerna och därmed kommunalförbundet. De tidigare tre länen Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs län och Skaraborgs län slogs ihop och bildade det nya och betydligt större Västra Götalands län.<sup>3</sup> När det nya storlandet bildades den första januari 1998, innefattade det totalt 49 kommuner med knappt 1,5 miljon invånare och blev därmed, sett till antal kommuner, det största länet i Sverige. Ytterligare ett år senare bildade de tidigare landstingsorganisationerna i närområdet Västra Götalandsregionen som gavs ansvar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik, regional utveckling och kultur. I och med bildandet av Västra Götalandsregionen flyttades sjukvård och annan landstingsverksamhet från Göteborgs Stad, som ditintills varit sjukvårdshuvudman, till den nya regionorganisationen och ett antal sociala institutioner flyttades ut från de tidigare landstingen till kommunerna.<sup>4</sup>

Samtidigt med bildandet av det nya länet och den nya sjukvårdsorganisationen pågick en diskussion mellan länets kommuner om hur den kommunala samverkan skulle se ut, givet de nya geografiska och organisatoriska gränserna. Frågan utreddes och de två huvudalternativ som diskuterades var att antingen bilda ett gemensamt förbund för länets 49 kommuner eller fyra mindre delregionala förbund.<sup>5</sup> Det förslag som kommunerna enades om var att bilda fyra delregionala förbund och att dessa tillsammans skulle skapa en gemensam paraplyorganisation för att bland annat hantera regionövergripande frågor i mötet med Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsorganisation. Av GR:s medlemskommuner stöttade alla utom en detta förslag. Beslutsunderlaget visar att många kommuner tyckte det var viktigt med ett starkt organ som kunde företräda kommunerna gentemot Västra Götalands länsmyndigheter och den nybildade regionen.

---

2 Förbundets bildades genom en sammanslagning av ett tidigare kommunalförbund med samma namn och den ideella föreningen Göteborgs Förorters Förbund.

3 I och med ombildningen av länen valde dock Mullsjö och Habo att istället ingå i Jönköpings län.

4 Leffler M. 1998; Kommunförbundsorganisation i Västra Götalands län.

5 Leffler M. 1998; Kommunförbundsorganisation i Västra Götalands län.

## En tillbakablick i diariet – 2000-talet

De fyra delregionala förbunden, som tillsammans samlar länets 49 kommuner, bildade 2001 Västsvenska kommunalförbundens samorganisation (VästKom). Denna organisation fick juridisk status som ideell organisation med de fyra delregionala förbunden som medlemmar. Enligt organisationens stadgar skulle den företräda medlemmarna i läns-gemensamma samverkansfrågor i relation till Västra Götalandsregionen, biträda medlemmarna i förhandlingar gentemot Västra Götalandsregionen och utgöra en arena för kommunal samverkan.

Vid ungefär samma tid påbörjade GR en process att ansöka hos dåvarande Svenska Kommunförbundet<sup>6</sup> om status som regionalt kommunförbund<sup>7</sup>. Vid denna tid hade Svenska Kommunförbundet ett krav att dess medlemmar också skulle vara anslutna till en "sammanslutning för kommunernas gemensamma intressebevakning inom ett län – eller/.../annan region". Status som regionalt kommunförbund innebar ett särskilt ansvar att leda och samordna kungemensamma frågor, ofta gentemot en tredje part, exempelvis landstinget. Svenska Kommunförbundet hade också som krav att detta beslut skulle vara förankrat i varje medlemskommun. Därför fattades även beslut i varje fullmäktigeförsamling i Göteborgsregionen att ge GR status som regionalt kommunförbund. I beslutsunderlaget tydliggörs att denna förändring handlar om ett särskilt ansvar i förhållande till Västra Götalandsregionen. Under rubriken "Tillkommande uppgifter som regionalt kommunförbund" står:

Den stora förändringen är kopplingen till Västra Götalandsregionen (VG). Den gemensamma uppgiften för VG och kommunerna är att tillhandahålla en bra, sammanhållen sjukvård och omsorg. (Diarienummer 02/00/185, GR som regionalt kommunförbund – Starttidpunkt)

Under de följande åtta åren anges i GR:s budget att organisationen ska engagera sig via VästKom i frågor som gäller samarbete och gränssnitt mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Under dessa år är alltså det regionövergripande samarbetet som organiseras via VästKom synligt i GR:s styrdokument. I diariet syns inte något som tyder på att det under denna period pågick en diskussion runt GR:s uppdrag när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågorna eller gränssnittet till Västra Götalandsregionen.

Första gången som diskussionen kring GR:s uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor syns i diariet är 2008. Inför formuleringen av verksamhetsinriktningen för 2009 uttryckte Göteborgs Stad och Partille en önskan att under kommande verksamhetsår föra en diskussion om GR:s mandat och uppdrag samt hur rollfördelning ska se ut mellan olika beslutsnivåer – kommun, kommunalförbund, region och stat.<sup>8</sup> Dåvarande förbunds-direktören gavs därför i uppdrag att genomföra en seminarierie på temat.

Under 2009 genomfördes fem träffar med ett 30-tal deltagare från medlemskommunernas styrelser.<sup>9</sup> Till dessa seminarier var även forskare och representanter för andra offentliga organ inbjudna för att delta i diskussionen. Det är i dokumentationen

---

6 Svenska Kommunförbundet var den organisation som tillsammans med Landstingsförbundet bildade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2007.

7 Regionalt kommunförbund kallades också för länsförbund.

8 Minnesanteckningar 9/6 2009.

9 De teman som berördes var 1. GR och flernivådemokratien i ett svenskt och ett europeiskt perspektiv, 2. GR och utvecklingsuppdraget, 3. GR och välfärdsuppdraget, 4. GR och framtiden samt 5. GR i regionen.

från denna seminarieserie som det för första gången syns i diariet att GR inte uppfattas ha ett uppdrag inom hälsoområdet. I en minnesanteckning från samtal under ett av seminarierna står:

Det konstaterades att GR idag inte har uttalade uppgifter att hantera hälsa och kulturfrågor. (Diarienummer 08-154.019)

### **En tillbakablick i diariet – 2010-talet**

I början på 2010-talet initierades ett arbete med att revidera GR:s förbundsordning. Med utgångspunkt i de genomförda politikerseminarierna togs ett förslag fram som gick ut på remiss till medlemskommunerna. I svaren kan man se att ett par kommuner ansåg att en av paragraferna i förslaget behövde förtydligas. Det handlade om formuleringen att GR skulle utgöra "navet för samverkan mellan kommunerna samt regionala och nationella organ". Flera kommuner pekar på behovet av att förtydliga vilka områden som avses och vilket mandat som medföljer en sådan formulering. Denna remissrunda leder till att formuleringen tas bort och inte blir en del av den reviderade förbundsordningen. I remissrundan lyfts fram att gränssnittet mellan VästKom, GR och vårdsamverkansorganisationerna behöver belysas.<sup>10</sup>

Det som också händer under 2010-talet är att överenskommelser skapas mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att utveckla evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten och angränsande verksamhetsområden. Dessa satsningar ska komma att få stor betydelse för diskussionen om GR:s uppdrag inom det sociala området de kommande åren. Bakgrunden till satsningarna var en utredning som konstaterade att socialtjänsten i högre grad behöver använda kunskap om effekterna av sina insatser. Staten identifierar i samband med detta ett behov av ett stöd på regional nivå för att kunna realisera sina ambitioner. Det konstateras att:

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att det finns strukturer/nätverk till stöd för en kontinuerlig kunskapsutveckling. De nätverk som finns på länsnivå blir i detta sammanhang en viktig partner mellan den nationella nivån och den lokala operativa verksamheten. Huvudmännen behöver ett regionalt utvecklingsstöd för implementering av nationella riktlinjer, ny kunskap och nya metoder. (Protokoll III:8 vid regeringssammanträde 2010-06-17 S2009/4028/ST (delvis))

Här föds begreppet "regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling" vilka sägs vara viktiga för att tillhandahålla handledning och metodstöd för verksamheterna och utgöra en kanal mellan den lokala och den nationella nivån. När det gäller socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård blir det i Västra Götalands län de fyra delregionala kommunalförbunden som via VästKom går samman med Västra Götalandsregionen och ansöker om att få utgöra dessa stödstrukturer.<sup>11</sup>

Under dessa år sker också en del förändringar i den regionövergripande strukturen för samverkan mellan kommunkollektivet och Västra Götalandsregionen. De regionala stödstrukturerna är tänkta att tillhandahålla en arena för politiska prioriteringar och strategier inom vård och omsorg<sup>12</sup> samt att förmå den lokala, den regionala och den nationella

---

10 Protokoll förbundsstyrelsen 8/4 2011.

11 SKL:s diarienummer 10/0570.

12 Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, Regionala strukturer för kunskapsutveckling – Delrapport om arbetet i län/regionen 2012.

nivån att verka mot samma mål<sup>13</sup>. I syfte att möta krav från SKL undertecknar VästKom och Västra Götalandsregionen 2011 en handlingsplan om "Stöd för långsiktigt hållbar struktur för samverkan". På politisk nivå fanns sedan tidigare ett gemensamt samverkansorgan för huvudmännen men inget motsvarande hade funnits på tjänstemannanivå. Därför skapar VästKom och Västra Götalandsregionen vad de kallar för "Ledningsgrupp i samverkan mellan de 49 kommunerna i Västra Götaland och VGR (LiSA)." Denna grupp var tänkt att samla representanter från den högsta tjänstemannanivån i Västra Götalandsregionen och kommunkollektivet.

Som det framstår i diariet verkar denna ledningsgrupp för samverkan ställa frågan om GR:s uppdrag inom hälso- och sjukvård och i gränslandet till Västra Götalandsregionen på sin spets. När beslut ska fattas görs klart att GR inte kan företräda kommunkollektivet i LiSA-gruppen. I beslutsunderlaget står:

GR har för närvarande inget formellt uppdrag att företräda medlemskommunerna i hälso- och sjukvårdsfrågor eller i frågor som hanteras i olika vårdssamverkansgrupper som LGS och SIMBA (Diarienummer: 12-211.9)

För att hantera uppfattningen att GR saknar uppdrag representeras GR:s medlemskommuner både av företrädare för vårdssamverkansorganisationerna och av GR:s förbundsdirektör i LiSA-gruppen.

Under hösten 2014 utvärderades den uppbyggda regionövergripande strukturen för samverkan. I utvärderingen konstaterades att så gott som alla intervjuade lyfte upp de specifika förutsättningarna i Göteborgsregionen som en försvårande faktor. Att denna del av länet saknar en aktör med det uttalade uppdraget att företräda kommunerna menade man försvårade den regionövergripande samverkan. I oktober samma år fattas beslut om att initiera en utredning om GR:s uppdrag, vilket för oss fram till dags dato och föreliggande rapport.

### **Vad sägs i intervjuerna?**

I utredningens intervjumaterial går att urskilja ett antal återkommande teman som är viktiga att beakta för den som vill förstå bakgrunden och hur GR:s uppdrag tidigare har sett ut. Ett av de viktigaste temana är Göteborgsregionens komplexitet som bland annat handlar om att kommunalförbundsområdet täcker många vårdssamverkansstrukturer och att området utgörs av kommuner vilka är olika till sin storlek och därmed har olika intressen och behov. Men det handlar också om hur de statliga stimulansmedlen fördelades mellan Göteborgsregionens kommuner på ett sätt som inte uppskattades av alla medlemskommuner. Detta födde frågor om vem som sitter på vilket mandat och skapade en situation där tilliten i den mellankommunala samverkan fick sig en törn.

### **Kommunalförbundet och vårdssamverkansorganisationerna**

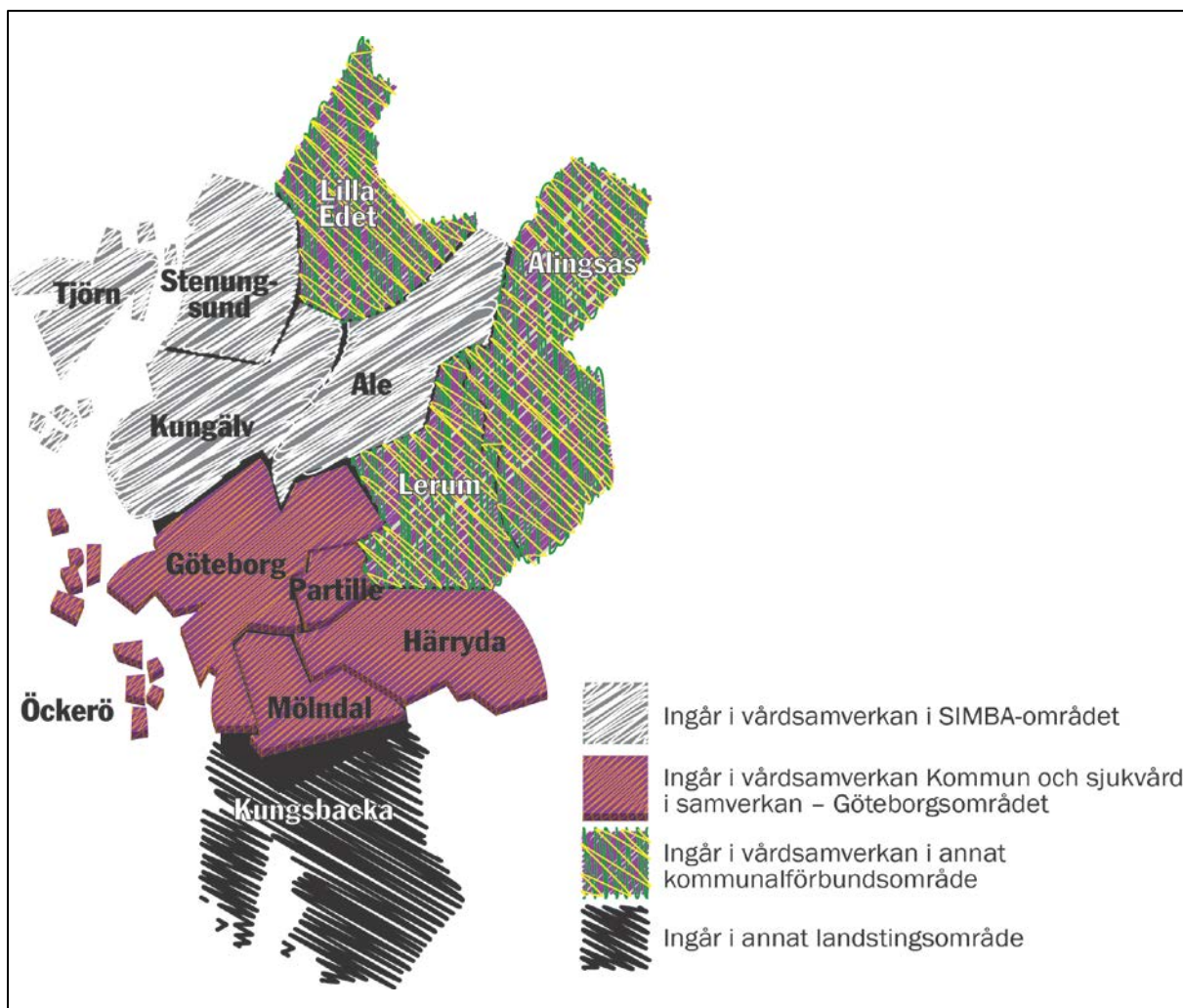
Komplexiteten i Göteborgsregionen handlar bland annat om att kommunalförbundets geografiska gränser inte överensstämmer med den logik på vilken man har byggt upp vårdssamverkansorganisationerna. Kommunalförbundslogiken handlar om att geografiskt näraliggande kommuner finner det lämpligt att samverka i specifika frågor. Vårdssamverkanslogiken handlar istället om att kommuner runt ett sjukhus finner det lämpligt att samverka med sjukhuset eftersom invånarna rör sig mellan huvudmännens

---

13 Statskontorets rapport 2014: 18.

vård- och omsorgsinsatser. Idag sträcker sig Göteborgsregionens geografiska område över hela eller delar av sammanlagt fyra vårdssamverkanstrukturer, se figur 1.

Figur 1 Illustration av hur GR:s medlemskommuner ingår i vårdssamverkan



Två vårdssamverkanstrukturer ingår helt i GR:s kommunalförbundsområde. Den ena utgörs av Ale, Stenungsund, Kungälv och Tjörn som sedan mitten av 90-talet samverkar med Västra Götalandsregionen kring de patientströmmar som finns runt Kungälv sjukhus. Denna samverkan går under namnet SIMBA.<sup>14</sup> Den andra utgörs av Göteborg, Partille, Härryda, Öckerö och Mölndal som samarbetar kring de brukare som vänder sig till Sahlgrenska universitetssjukhus. Denna samverkan går under namnet Kommun och sjukvård i samverkan – Göteborgsområdet. I sin nuvarande form har denna samverkan funnits sedan mitten på 00-talet.<sup>15</sup>

GR-kommunerna Lilla Edet, Alingsås och Lerum har invånare som rör sig till sjukvårdsinstanser som ligger i andra kommunalförbundsområden (dvs. NU-sjukvården och Södra Älvsborgs Sjukhus) vilket gör att Lilla Edet väljer att ingå i den struktur som finns för vårdssamverkan i Fyrbodalen medan Alingsås och Lerum av samma skäl ingår i närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Slutligen ska också sägas att GR-kommunen Kungälv

14 Den Nära Vården inom SIMBA – området Tjörn, Stenungsund, Kungälv, Ale 2011–2015.

15 Göteborgsregionen har dock haft samverkan med Sahlgrenska sedan mitten av 90-talet.

ingår i ett annat landstingsområde och därför har en annan huvudman att samverka med.

Vårdsamverkansstrukturerna består av lednings- och samordningsgrupper med tjänstemän från de båda huvudmännen, anställda processledare som arbetar med att samla parterna samt politiska samrådsgrupper som också de representerar de båda huvudmännen. I tre av länets delregioner finns idag en koppling mellan kommunalförbundet och vårdsamverkansstrukturen. Det handlar om att kommunalförbundet både på politisk nivå och på tjänstemannanivå är representerat i vårdsamverkansstrukturens styrande grupper. När det gäller Göteborgsregionen finns idag inte motsvarande kopplingar.

Denna utredning har inte i uppdrag att studera hur vårdsamverkan fungerar. Men det är för utredningens vidkommande intressant att konstatera att intervjumaterialet indikerar stora skillnader när det gäller de två vårdsamverkansstrukturer som ingår i Göteborgsregionen. SIMBA-områdets vårdsamverkansstruktur beskrivs som liten och välfungerande med fyra små kommuner som är sammansvetsade och har ett aktivt politiskt samråd. Göteborgsområdets politiska samråd sägs ha varit mer inaktivt och samverkan inom ramen för denna vårdsamverkansstruktur beskrivs som mer komplext, givet skillnaderna i kommunernas storlek och det stora antalet invånare som ingår i området.

Att Göteborgsregionens medlemskommuner samverkar med Västra Götalandsregionen i fyra olika samverkansstrukturer är förstas en helt annan situation än den som gäller för övriga kommunalförbundsområden där de flesta medlemskommunerna i kommunalförbundet ingår i en och samma vårdsamverkansstruktur.<sup>16</sup> Situationen i Göteborgsområdet är således ur detta perspektiv mer komplext. Att vårdsamverkansstrukturerna utvecklats frikopplade från kommunalförbundsstrukturerna i denna del av länet bidrar också det till att öka komplexiteten.

### **Göteborgs Stad och de övriga kommunerna – den stora och de mindre**

Ytterligare en aspekt som lyfts fram som central för att förstå Göteborgsregionens särart är att den innehåller en storstadskommun och ett antal mindre kommuner. I dagsläget utgör Göteborgs Stad en tredjedel av det sammanlagda invånarantalet i länets 49 kommuner och drygt 56 procent av GR-kommunernas invånarantal.<sup>17</sup> Detta gör att Göteborgs behov och resurser skiljer sig på flera sätt från övriga GR-kommuner.

Göteborgs Stad sägs till exempel på grund av sin storlek ha ett större behov av intern samordning. Kommunen har idag tio stadsdelar<sup>18</sup> vilka är ansvariga för den kommunala hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. Det betyder att Göteborg är i behov av ett mer omfattande samordningsarbete innan de möter Västra Götalandsregionen eller kommunkollektivet. Varje kommun måste naturligtvis samordna sig internt men förutsättningarna för att göra detta ser antagligen olika ut beroende på kommunernas storlek. I detta avseende är Göteborgs Stad på ett väsentligt sätt olik Göteborgsregionens övriga kommuner.

---

<sup>16</sup> Fyrbodals medlemskommuner ingår i en vårdsamverkansstruktur som rör NU-sjukvården, Skaraborgs medlemskommuner ingår i vårdsamverkan kring Skaraborgs olika sjukhus och Södra Älvsborgs medlemskommuner samverkan i en vårdsamverkansstruktur som rör Södra Älvsborgs sjukhus.

<sup>17</sup> Enligt SCB:s siffror per 2014.02.20.

<sup>18</sup> Även fast det inte omnämns i intervjuerna är det värt att notera att innan den 1/1 2011 fanns det i Göteborgs stad 20 stadsdelar. Under den tidsperiod då frågan om GR:s uppdrag i förhållande till hälso- och sjukvårdsfrågor diskuterats har alltså ett stort förändringsarbete skett internt i Göteborgs Stad.



Göteborgs Stad har också, enligt intervjupersoner, mer resurser och kontaktnät och därmed större möjligheter att föra dialog direkt med Västra Götalandsregionen än vad en liten kommun har. Detta gör att behoven av stöd från en samordnande part ser olika ut bland Göteborgsregionens medlemskommuner. De mindre kommunerna kan antas ha ett större behov av att ha en part som samordnar dem i dialogen med Västra Götalandsregionen än vad Göteborgs Stad har.

### **Grunden för samverkan mellan huvudmännen**

Ett annat viktigt tema i intervjumaterialet är behovet av att beakta själva grunderna för samverkan mellan kommunkollektivet och Västra Götalandsregionen. Det handlar dels om de ekonomiska överenskommelser som är gjorda mellan parterna, dels om Västra Götalandsregionens krav på att tillhandhålla jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Flera intervjupersoner lyfter fram att ekonomiska överenskommelser är centrala för att förstå logiken bakom denna samverkan. Vid de organisatoriska och geografiska förändringar som skedde i slutet på 1990-talet förflyttades verksamheter från en huvudman till en annan. För att dessa förändringar skulle vara skatteneutrala för medborgarna (vilka inte skulle få någon förändring av innehållet i den offentliga tjänsten) krävdes överenskommelser om att skatterna höjdes hos en part med lika mycket som de sänktes hos den andra parten. Sedan krävdes också överenskommelser mellan kommunkollektivets medlemmar om hur dessa kostnader, eller intäkter, skulle fördelas *inom* kommunkollektivet, eftersom överflyttningen av verksamheter påverkade kommunerna på olika sätt. För att hantera denna typ av angelägenheter, menar intervjupersonerna, krävs en mellankommunal arena där överenskommelser är möjliga att skapa. Intervjupersonerna poängterar att VästKom skapades just för att hantera denna typ av angelägenheter.

Partsfrågorna, dom måste lösas i kommunalförbunden och via VästKom. Regionen kan inte ha olika avtal beroende på var kommunen ligger, utan dom har samma skatteuttag utav en göteborgare som de har av en i Dals-Ed. Så regionen måste ha samma avtal med alla. Därför bildades VästKom, där de fyra kommunalförbunden sitter som en förhandlingsgrupp gentemot regionen. (Intervju med VästKom-medarbetare)

En annan viktig faktor för samverkan mellan huvudmännen som framhålls i intervjuerna är att Västra Götalandsregionen har i uppdrag att tillhandhålla en jämlik vård. Medborgarna i Västra Götalands län har rätt till samma vård oavsett vilken kommun de bor i. För att kunna nå detta mål krävs att samma grundavtal gäller för medborgarna oavsett kommuntillhörighet. Även detta beskrivs som en grundläggande faktor för att förstå behoven av samverkan mellan huvudmännen.

### **Olika bilder skapas av vilket uppdrag GR har**

Som genomgången av diariet visar byggdes en struktur för att hantera hälso- och sjukvårdsfrågorna där kommunalförbunden utgör en grundpelare. Samtidigt visar samma genomgång att detta uppdrag aldrig antogs fullt ut av GR. Hur kom denna situation att uppstå? Intervjuer med GR-medarbetare, VästKom-medarbetare och kommunala tjänstemän ger inte en helt samstämmig bild över vad det var som hände. Men de förklaringar som lämnas kretsar i första hand kring Göteborgs Stad.

En förklaring handlar om Göteborgs Stads bakgrund som sjukvårdshuvudman. Fram till bildandet av Västra Götalandsregionen låg hälso- och sjukvårdsansvaret inte i en separat landstingsorganisation utan i den kommunala organisationen. Att GR:s största medlems-

kommun tidigare haft stort ansvar för frågorna menar intervjupersonerna skulle kunna förklara varför det blir svårare att lämna över samordningsansvaret till en annan aktör.

En annan förklaring handlar om att Göteborgs Stad och GR-kommunerna har olika politisk majoritet vilket antas påverka samarbetet. Under GR:s första tio år satt den dåvarande ordföranden i kommunstyrelsen i Göteborgs Stad som ordförande i GR:s förbundsstyrelse. Det gjorde att samma politiska block hade de högsta politiska posterna både i den största GR-kommunen och i GR:s organisation. I och med valet 2006 fanns en tydlig borgerlig majoritet i GR:s medlemskommuner vilket gjorde att vid fullmäktigemötet i februari 2007 valdes till ordförandeposten i GR:s förbundsstyrelse en politiker från ett annat politiskt block än det som hade majoritet i Göteborgs Stad. Dock indikerar intervjuer att det redan innan 2006 fanns en uppfattning att GR inte hade något uppdrag rörande hälso- och sjukvårdsfrågor.

Ytterligare en förklaring handlar om att Göteborgs Stads behov och tillgång till resurser har gjort att de själva velat och kunnat jobba aktivt i gränssnittsfrågorna gentemot Västra Götalandsregionen vilket har begränsat GR:s handlingsutrymme i frågan. Intervjupersonerna menar att när Göteborgs Stad signalerar att de inte vill bli företrädare av GR i frågor som rör hälso- och sjukvård har det skapat en förståelse bland medlemskommunerna och internt på GR, att GR inte har något uppdrag alls när det kommer till hälso- och sjukvård. Den stora kommunens avsaknad av behov av externt stöd när det gäller samordning i frågorna har alltså blivit styrande för vilka behov GR som organisation förväntas möta.

Utredningen värderar inte dessa förklaringar men konstaterar att nyckeln till att förstå hur otydligheten i uppdraget har kommit att uppstå verkar ligga i Göteborgs Stads förhållningssätt till frågan och hur GR hanterar att Göteborgs Stad inte vill bli företrädare.

### **Den statliga inblandningen skapar oro**

Intervjupersoner beskriver att otydligheten i GR:s uppdrag ställdes på sin spets när staten via stimulansmedel ökade kraven på samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna. Som genomgången av GR:s diarium visade förutsatte tilldelning av de ekonomiska medlen att stödstrukturer etablerades mellan huvudmännen.

Det fanns krav på den här länsgemensamma strukturen, och det var två grundkrav i den här överenskommelsen. Fanns det ingen sån länsgemensam grundstruktur, och fanns det ingen sån här länsgemensam handlingsplan mellan huvudmännen, så får man överhuvudtaget inte ta del av de här prestationsbaserade bidragen som ska gå ut till kommun och landsting. Så vi var på nåt sätt tvingade från statligt håll att skapa en sån struktur. (Intervju med GR-medarbetare)

Intervjupersoner beskriver hur överenskommelsen om en *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre* utgjorde en brytpunkt. I denna del av den statliga satsningen lyftes de delar som riktade sig mot målgruppen äldre ut i en särskild satsning och det ställdes tydliga krav på samverkan mellan kommun och landsting. Satsningen handlade om frågor som främst hanterades i vårdsamverkan mellan huvudmännen. I länets övriga tre delregioner organiserades denna satsning av kommunalförbunden och vissa delar lades över på vårdsamverkansorganisationerna. I Göteborgsregionen fanns inte strukturer för dialog och samarbete mellan kommunalförbundet och vårdsamverkansorganisationerna och därför förlades, efter diskussion mellan

vårdsamverkansorganisationerna och GR, hela satsningen på de två vårdsamverkansorganisationerna.

Den stödstruktur som skapades på länsnivå i Västra Götaland blev utvärderad under 2014 med slutsatsen att den uppfattades som nödvändig men svårgripbar. Utvärderingen värderade strukturen utifrån hur de intervjuade tjänstemännen uppfattade att den fungerar och kom fram till att den hade stöd i tre delregioner men inte i den fjärde. I Göteborgsregionen konstaterades det finnas legitimitetsproblem.<sup>19</sup>

Uppdraget här är inte att återigen utvärdera stödstrukturen. Men i syfte att kvalificera diskussionen om legitimitetsproblemen i Göteborgsregionens vill utredningen peka på behovet av att lyfta fram vad den regionala stödstrukturen var tänkt att åstadkomma. Den skulle tillhandahålla en *arena för politiska prioriteringar och strategier inom vård och omsorg samt förmå den lokala, den regionala och den nationella nivån att verka mot samma mål*. Utredningens material indikerar att själva grundidén för dessa stödstrukturer riskerar att sätta kommunalförbundet i en svår sist. Ambitionen att få den lokala, den regionala och den nationella nivån att anamma samma mål verkar skapa utmaningar för kommunalförbunden. Flera av utredningens intervjupersoner pekar på att en statlig styrning som innebär att kommunalförbunden ges ansvar för att på länsnivå samordna arbetet och möta nationella krav kan föda frågor om på vems uppdrag förbunden egentligen verkar. Vem är det som har makt att påverka vem? Det intervjupersonerna menar är att det finns en risk att kommunalförbunden i och med dessa stimulansmedel betraktas gå statens ärenden och bli implementerare av en statlig politik snarare än att vara medlemskommunernas egna organ.

Där förutsatte staten och SKL gemensamt att kommunalförbunden skulle vara deras förlängda arm. Med andra ord skulle vi administrera nånting, i värsta fall på tvärs mot vad våra ägare vill, och det är ju livsfarligt, som organisation. (Intervju med GR-medarbetare)

Det som i utvärderingen av samverkansstrukturen kallades "gnissel" i Göteborgsregionen kan alltså kanske inte bara förklaras av faktorer som ligger inom delregionen utan bör också förstås mot bakgrund av den statliga styrningens utformning.

### **Hanteringen av de statliga medlen leder till att tilliten påverkas**

Ett näraliggande tema i intervjuerna handlar om de tillitsbrister som uppstod i och med stimulansmedlen. Det finns i intervjumaterialet några återkommande berättelser som indikerar att hanteringen av de statliga medlen skapat en situation där tilliten mellan medlemskommunerna och GR samt mellan medlemskommunerna och VästKom har skadats något. Antagligen är frågan om tillit i den delregionala och den regionövergripande samverkan mer komplex och har fler bottnar än vad som kan fångas i en enkel berättelse. Men i syfte att konkretisera diskussionen om tillit redogörs nedan för en specifik händelse som flera intervjupersoner återkommit till.

Den aktuella händelsen berör en beräkningsnyckel som användes vid fördelningen av de statliga medlen och de upplevda konsekvenserna av detta beslut för enskilda kommuner. Det som skedde var att beslut fattades om att de tilldelade medlen först skulle delas i fem delar där tre delregioner fick var sin femtedel och Göteborgsregionen på grund av sin relativt stora befolkning fick två femtedelar. Ett par år in i arbetet ändras

---

<sup>19</sup> Boijs A. 2014.

inriktningen på överenskommelserna mellan staten och SKL med ett starkare fokus mot hälso- och sjukvård. I samband med detta bestäms att utvecklingsmedlen fortsättningsvis bör hanteras av vårdsamverkansgrupperingarna (dåvarande LGS och SIMBA). Vidare bestämdes att fördelningen dem emellan skulle ske utifrån invånarantal.<sup>20</sup> Detta menar vissa intervjupersoner gjorde att utfallet för kommunerna inom SIMBA-området blev oproportionerligt lågt eftersom pengarna inte räckte till att anställa någon personal.

Både medlemskommunernas och GR:s medarbetare beskriver att frågan om fördelning av de ekonomiska medlen ledde till många diskussioner mellan vissa medlemskommuner och GR.

Men då blev det väldigt tydligt, för då kom plötsligt mycket nationella medel för att utveckla områden /.../och för första gången så började jag tänka att vad kan vi göra med de medlen i SIMBA./.../ Där har det varit mycket diskussioner, och vi har inte varit ense i det. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

Det har varit väldigt många turer och diskussioner fram och tillbaka (Intervju med GR-medarbetare)

En analys av utredningsmaterialet visar att det finns olika bilder och tolkningar av vem som fattat vilket beslut när det gäller fördelningen av de ekonomiska medlen. Det viktiga i denna utredning är inte att redogöra för sakförhållandena i det specifika fallet. Det viktiga är att istället peka på vad som kan antas vara orsaken till att oklarheterna uppstår. Som visas i utredningens andra del finns ett strukturellt problem vilket försvårar den mellankommunala dialogen när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor. Att det saknas fungerande kanaler för kommunikation och förankring bedömer utredningen ha haft en negativ påverkan på samverkan och att det skadat förtroendet och tilliten mellan samverkansaktörerna.

Utredningens material pekar alltså på att de statliga medlen skapade utmaningar för samverkan och skadade, i alla fall tillfälligt, förtroendet för samverkan i Göteborgs-regionen.

## **Slutsatser och diskussion**

De slutsatser som går att dra av utredningsarbetet så här långt är att GR tidigare fått ett formellt uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor och i gränslandet till Västra Götalandsregionen. Det är svårt att säga annat än att en struktur en gång byggdes för att hantera gränssnittet mot Västra Götalandsregionen i dessa frågor, och att kommunalförbundet utgör en del av denna struktur. I diariet finns dokumenterat från 2009 att detta uppdrag inte var självklart i Göteborgsregionen, men intervjuerna pekar mot att den allmänna bilden även längre tillbaka var att GR inte hade något uppdrag när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor.

Det är svårt att exakt säga vad som skapat denna situation. Men klart är att vårdsamverkansorganisationerna i Göteborgsregionen utvecklats frikopplade från kommunalförbunden och att förväntningarna på samverkan mellan huvudmännen verkar

---

<sup>20</sup> Överläggningar med anledning av 2012 års överenskommelse kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre mellan regeringen och SKL - Minneanteckningar 2012-06-28

ha ökat under den aktuella tidsperioden. När statliga stimulansmedel, som rör hela socialtjänsten och de delar som angränsar till hälso- och sjukvård, landar i kommunalförbundens regi skapar det frågeställningar. GR uppfattas inte ha uppdrag att arbeta med det som angränsar till hälso- och sjukvård, och vårdssamverkansorganisationerna arbetar inte med hela socialtjänsten. I tre av fyra delregioner kan detta hanteras eftersom där finns en koppling mellan kommunalförbunden och vårdssamverkansorganisationerna. Men i Göteborgsregionen ställer det istället frågor om makt och mandat på sin spets. Vem har egentligen mandat att göra vad och ska verkligen GR som kommunalförbund vara inblandat i dessa frågor? Utredningen bedömer att den uppfattade orättvisa fördelningen av ekonomiska medel inte är problemet i sig utan istället symptom på något annat. Oklarheterna när det gäller fördelningen av medlen skapas eftersom det saknas fungerande kanaler för kommunikation och förankring.

Under de 15 år som passerat sedan strukturen för den regionövergripande samverkan (dvs. fyra förbund och en paraplyorganisation) skapades har de nationella intresseorganens organisering och styrning förändrats. I och med att Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet påbörjade sin sammanslagning 2004 verkar synen på behovet av att påverka den regionala organiseringen ha ändrats. Kravet på dubbelt medlemskap togs bort i och med formuleringen av SKL:s stadgar 2004 och begreppet "regional sammanslutning för kommunernas gemensamma intressebevakning" fanns inte längre kvar. Detta skulle kunna beskrivas som en minskad styrning av hur samverkan mellan kommunerna och landstinget ska se ut på regional nivå. Samtidigt innebär de överenskommelser som SKL några år senare gör med staten om en plattform för evidensbaserad socialtjänst en utveckling i motsatt riktning, med en ökad involvering i den regionala samverkan mellan kommunkollektivet och Västra Götalandsregionen. Denna utredningsresultat indikerar att kommunalförbundet på så vis kan hamna i en svår sits. Det tidigare uppdraget som regionalt kommunförbund gav ett mandat att agera i hälso- och sjukvårdsfrågorna på *medlemskommunernas* uppdrag medan stimulansmedlen gav kommunalförbundet viss makt att agera på *statens* uppdrag.

Utredningens analys av bakgrunden pekar på att två olika problem verkar ha funnits i förhållande till GR:s uppdrag inom hälso- och sjukvårdsfrågorna. Det ena handlar om kommunerna i SIMBA-området, det andra handlar om Göteborgs Stad.

I genomgången av utredningsmaterialet framstår det som att diskussionen om GR:s uppdrag när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor leder till att SIMBA-kommunerna blir oroliga att deras uppbyggda vårdssamverkansstruktur ska försvinna eller på något sätt ta skada. Det finns tendenser hos några intervjupersoner att tänka *antingen* kommunalförbundet *eller* vårdssamverkansorganisationen. Ett närmande dem emellan verkar uppfattas som ett hot, snarare än en möjlighet. Utredningen kan konstatera att det inte finns något i detta utredningsmaterial som indikerar att en sådan oro skulle vara befogad. Utredningen konstaterar också att det antagligen finns anledning att fortsätta diskutera hur förtroendet kan stärkas för den delregionala och regionövergripande samverkan. SIMBA-kommunernas representanter upplever sig ha en välfungerande vårdssamverkan på lokal nivå. Men givet målet om en vård på lika villkor oavsett var i länet som medborgaren bor behöver det också finnas en fungerande samverkan på delregional och regionövergripande nivå. Hur denna ska byggas bedöms kräva fortsatt dialog.

När det gäller Göteborgs Stad visar utredningen att kommunen historiskt sett haft en särställning i den regionövergripande mellankommunala samverkan och samverkan med Västra Götalandsregionen. Både företrädare för Göteborgs Stad och företrädare för de

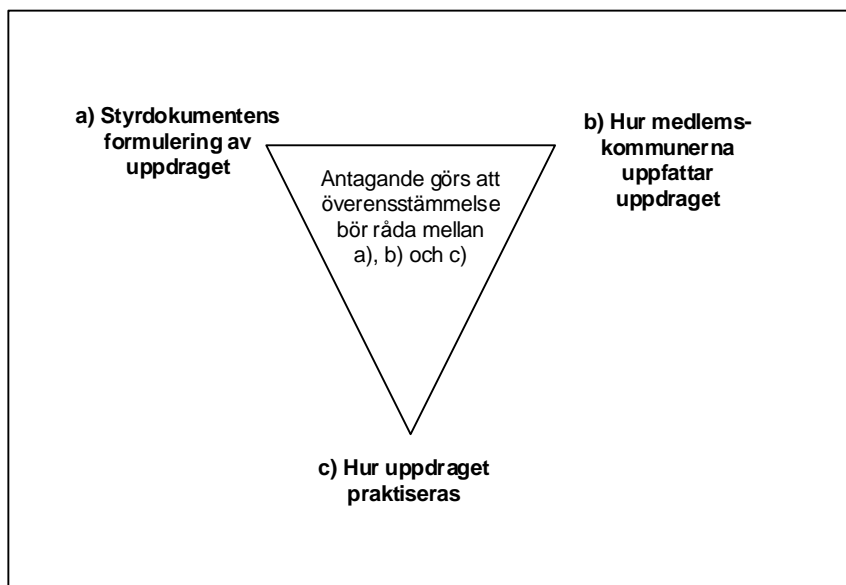
andra medlemskommunerna uttrycker att denna särställning är självklar. Analysen av diariet och intervjumaterialet pekar mot att arbetet under många år fungerade bra och att Göteborgs Stads behov verkar ha tillgodosetts, exempelvis genom direkt eller extra representation in i olika arbetsgrupper. Ett undantag har således alltid funnits i den regionövergripande samverkan för Göteborgs Stad. Det som skett skulle kunna beskrivas som att undantaget har kommit att gälla allt fler medlemskommuner. Det framstår som att Göteborgs Stads behov av en särställning i samverkan med Västra Götalandsregionen har utvidgats till ett allmänt ifrågasättande av kommunalförbundets uppdrag att samordna kommunerna i hälso- och sjukvårdsfrågor. Vad detta mer konkret innebär återkommer utredningen till i nästa del som handlar om nuläget och de utmaningar som kommunkollektivet i Göteborgsregionens idag kan sägas stå inför.

## Del 2 – Problemet som skapades

Utredningens andra fråga är: *Hur ser GR:s uppdrag ut när det gäller kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen?* Som vi ska se går inte GR:s uppdrag att beskriva enhetligt. Det finns alltså inte ett "korrekt" svar på den fråga som ställs. Beroende på vem som besvarar frågan och vilka dokument man utgår ifrån kan olika slutsatser dras om hur uppdraget ser ut. Svaret kommer därför att bestå i vissa förtydliganden men det kommer också visa på brokigheten i uppdragets formulering.

Frågan kommer att besvaras genom att GR:s uppdrag diskuteras med utgångspunkt i (a) GR:s styrdokument, (b) medlemskommunernas uppfattning om GR:s uppdrag och (c) praxis i organisationen. Ett antagande görs i utredningen att det underlättar för en organisation att hantera sina uppdrag om dessa tre delar harmonierar med varandra, se figur 2. Nedan diskuteras dessa tre delar var för sig.

Figur 2 Verktyg för att analysera GR:s uppdrag



### a) Styrdokumentens formulering av uppdraget

GR:s uppdrag har hittills i huvudsak formaliserats i två typer av dokument. Det ena är förbundsordningen som fastställer det grundläggande uppdraget samt organisationens

juridiska status och grundläggande arbetssätt. Det andra är den verksamhetsbudget som tas fram i samråd med medlemskommunerna inför ett nytt verksamhetsår.<sup>21</sup>

I skrivande stund har en ny förbundsordning just antagits i GR:s förbundsfullmäktige. Men eftersom analysen handlar om nuvarande situation bedöms det mer relevant att titta på den förbundsordning som styr verksamheten fram till dags dato.

När det gäller den gamla förbundsordningen sägs i det som kallas för ändamålsparagrafen att GR syftar till att "tillvarata medlemskommunernas intressen, främja deras samverkan och ge dem service".<sup>22</sup> Bland annat listas följande uppdrag:

- att stödja och utveckla den kommunala självstyrelsen
- att vara en mötesplats för kommunal omvärlds- och intressebevakning samt för erfarenhetsutbyte
- att genom samhällsplanerande insatser och utredningar och på annat sätt verka för samordning av angelägenheter av gemensamt intresse för medlemskommunerna.

I anslutning till den sista punkten listas ett stort antal områden där GR ska verka för samordning. Det sociala området är ett av dessa men det avgränsas eller specificeras inte ytterligare. När det gäller frågan om GR:s uppdrag inom den kommunal hälso- och sjukvården och gränssnittet till Västra Götalandsregionen står inget i förbundsordningen som talar varken för eller emot att detta skulle kunna vara en del av uppdraget. Tolkningen av formuleringarna är beroende av om vi tänker att det sociala området kan innefatta hälso- och sjukvårdsfrågor eller inte.

I verksamhetsbudgeten för 2015 anges under rubriken *Sociala styrgruppen* att det sociala området innefattar både socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor. Den kommunala hälso- och sjukvården är alltså i detta dokument tydligt formulerad som en del av GR:s uppdrag. Dock är gränssnittet till Västra Götalandsregionen mer osynligt. Det sägs att GR utgör en plattform för gemensamt agerande i förhållande till olika aktörer, men utan att någon särskild aktör specificeras. Här får vi således en tydlighet i att den kommunala hälso- och sjukvården är en del av uppdraget, medan oklarheter fortfarande finns huruvida det gemensamma agerandet kan handla om gränssnittet till Västra Götalandsregionen i hälso- och sjukvårdsfrågor eller inte.

Det finns alltså ingenting inom ramen för dessa styrdokument som tydligt avgränsar GR från att arbeta med hälso- och sjukvårdsfrågor och inte heller något som tydligt anger att man ska verka i gränslandet gentemot Västra Götalandsregionen. Ett uppdrag att jobba med den kommunala hälso- och sjukvården finns dock i budgettexten.

#### **b) Medlemskommunernas uppfattning om GR:s uppdrag**

Om vi går över och tittar på vad representanter för medlemskommunerna säger i intervjuerna pekar materialet mot att det finns en utbredd uppfattning att GR saknar

---

21 En ändring sker dock från och med 2016 i de styrande dokumenten. Från och med detta år beslutas istället om en flerårig verksamhetsinriktning och budget med årliga verksamhetsplaner.

22 Förbundsordning antagen den 2012-06-12.

uppdrag i förhållande till hälso- och sjukvårdsfrågor.<sup>23</sup> Följande citat är representativt för vad många uttrycker:

Sen har ju inte GR hälso- sjukvårdsuppdraget, det har de inte. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

En nödvändig uppgift för denna utredning är att ringa in hur denna avsaknad av uppdrag ser ut. Vad är det medlemskommunerna uppfattar att GR inte ska göra?

Till att börja med kan konstateras att intervjumaterialet pekar mot att kommunrepresentanterna inte uppfattar det som problematiskt att GR arbetar med kunskaps- och kompetensutveckling när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor. Utsagor som "GR har inte ett hälso- och sjukvårdsuppdrag" verkar alltså inte innebära att GR inte skulle kunna bedriva exempelvis utbildning för MAS:ar om det finns ett behov att utbilda denna yrkesgrupp, eller att GR inte skulle kunna bedriva följeforskning av den kommunala hälso- och sjukvården eller verksamheter som befinner sig i gränssnittet mot VGR, ifall kommunerna uttrycker ett behov av detta.

Det uppdrag som intervjupersonerna istället menar att GR inte har associeras till *företräderskap* inom ramen för den *delregionala eller regionövergripande samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor*. Det uppdrag som saknas handlar alltså om att representera kommunerna i grupper som ska arbeta med mellankommunal samverkan eller samverkan med Västra Götalandsregionen i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det talas om att GR inte "kan tala för kommunernas räkning" i dessa frågor.

I formuleringen företräderskap inom ramen för delregional samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor ligger kommunernas engagemang i vårdssamverkansstrukturerna. Eftersom bakgrundsanalysen indikerar att det finns en oro för att ett närmande mellan kommunalförbundet och vårdssamverkansstrukturerna skulle hota vårdssamverkan är det viktigt att poängtera att stor samstämmighet råder när det gäller att GR inte har, och heller inte bör få, uppdraget att arbeta med den konkreta och verksamhetsnära vårdssamverkan mellan huvudmännen. Detta gäller representanter både för GR och för medlemskommunerna. Vårdssamverkan förutsätter makt över och kunskap om de konkreta verksamheterna vilket kräver att man själv är en utförarorganisation. Samstämmigheten är stor att detta inte är eller bör vara en del av GR:s uppdrag.

För att ytterst kunna rama in vad det är som medlemskommunerna uppfattar att GR inte ska göra krävs en mer kvalificerad diskussion om vad som ligger i begreppen företräderskap och representation. Detta återkommer utredningen till nedan i stycket "Slutsatser och diskussion".

Så här långt kan konstateras att otydligheten i GR:s uppdrag reducerats något. Denna analys visar att medlemskommunerna uppfattar att GR har ett uppdrag när det gäller kompetens- och kunskapsutveckling av den kommunala hälso- och sjukvården men att uppdraget är ifrågasatt när det gäller gränssnittet mot Västra Götalandsregionen.

### **c) GR:s praktiserande av uppdraget**

Vi har då sett att det inte finns någon avgränsning i GR:s styrdokument mot hälso- och sjukvårdsfrågor och vi har sett att det finns en utbredd uppfattning att GR inte har i upp-

---

23 Analysen skulle kunna kvalificeras ytterligare genom en studie av hur olika aktörer uppfattar uppdraget. Här väljs att enbart utgå från det medlemskommunernas representanter säger eftersom de ska betraktas som GR:s uppdragsgivare.



drag att företräda medlemskommunerna i samverkan som gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. Hur går då den praktiska hanteringen av gränssnittsfrågorna idag till?

Som gjorts tydligt ovan i bakgrundsbeskrivningen är en struktur byggd kring fyra kommunalförbund och en paraplyorganisation. Intervjuerna visar att den mellan-kommunala samverkan och samverkan på en regionövergripande nivå i gränssnittsfrågor mot Västra Götalandsregionen i dagsläget är beroende av kommunalförbundets och VästKoms kanaler för dialog och förankring. Det handlar framförallt om kommunalförbundets olika nätverk (exempelvis socialchefsnätverk) och den grupp där VästKom samlar kommunalförbundets handläggare inom det sociala området (socialhandläggargruppen) samt särskilt sammansatta grupper för att lösa en specifik fråga (som exempelvis skedde under 2014 inför formuleringen av det nya hjälpmedelsavtalet).

I och med att strukturen är byggd med kommunalförbunden som grundpelare är GR som aktör involverad, vare sig organisationen (eller andra aktörer) tycker att det finns ett uppdrag eller inte. Hittills har situationen hanterats genom att olika speciallösningar skapats i dialog med medlemskommunerna. Genomgången av diariet synliggjorde hur LiSA-gruppens sammansättning krävde speciallösningar med direktrepresentation av kommunala representanter från vårdsamverkansorganisationerna. En annan viktig förändring i kanaler för dialog och förankring är att GR:s socialhandläggare inte går ensam till möten med VästKom och de andra kommunalförbundets socialhandläggare. Med sig har personen idag hälso- och sjukvårdsutbildade personer som representerar SIMBA-kommunerna och de kommuner som ingår i Kommun och sjukvård – Samverkan i Göteborgsområdet.

Detta betyder att GR:s tjänstemän på en mycket konkret nivå är involverade i själva hanterandet av ett uppdrag som GR inte uppfattas ha. En av GR-medarbetarna beskriver hur detta ibland leder till ett ifrågasättande.

Alla formella ärenden från VästKom skickar jag ut. Men den frågan har jag ju fått, varför gör ni det på GR när ni inte har hälso- och sjukvårdsuppdraget? Och då är ju svaret att vi är språkröret för VästKom och tvärtom så att säga, det är därför. (Intervju med GR-medarbetare)

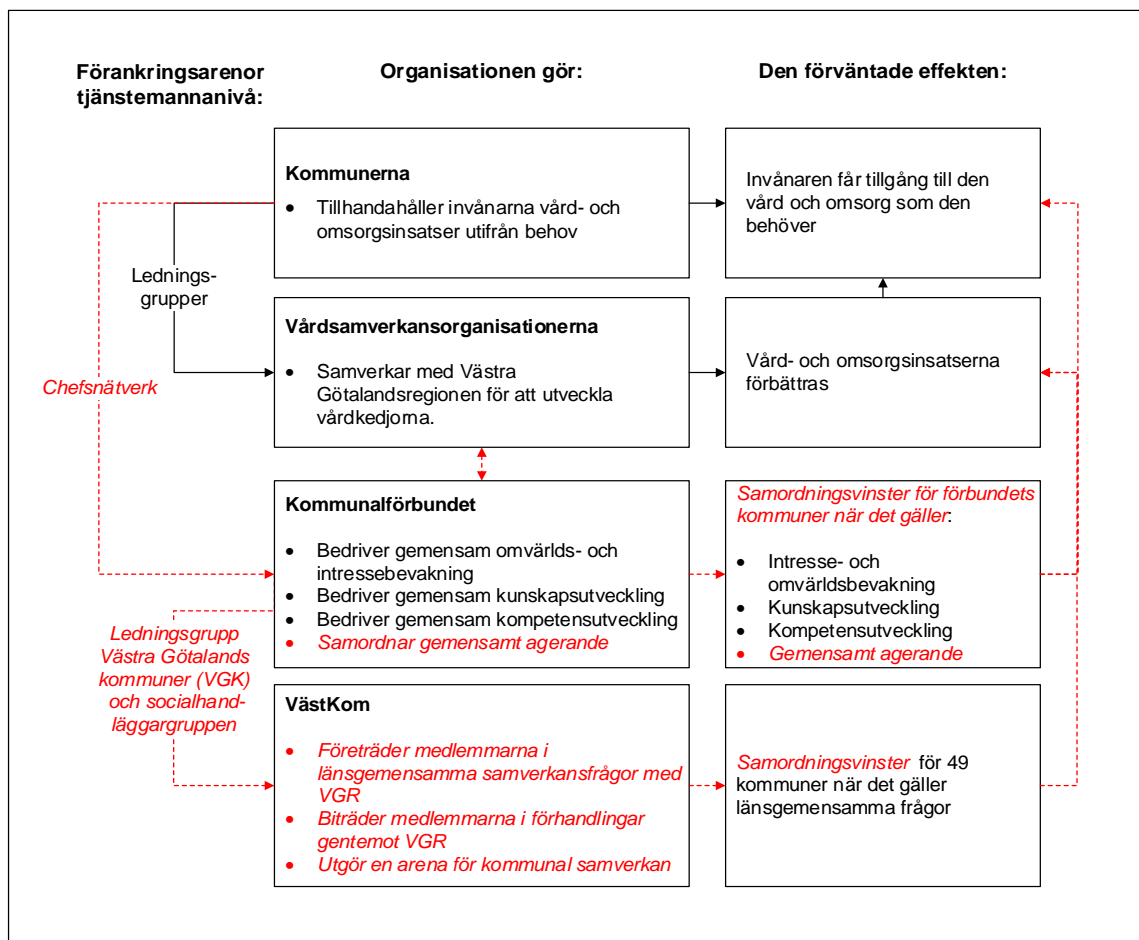
Vad detta får för konsekvenser för samverkan mellan GR och medlemskommunerna redogörs för nedan men det ska först konstateras att analysen pekar mot att det kan antas vara svårt för GR att hantera sitt uppdrag effektivt. Slutsatsen av ovanstående analys är att det finns en skillnad mellan hur aktörerna uppfattar GR:s uppdrag och hur praxis i organisationen ser ut.

### **Formuleringen av ett problem**

Att GR inte uppfattas ha ett uppdrag att företräda kommunerna i hälso- och sjukvårdsfrågor samtidigt som strukturen är byggd runt kommunalförbunden skapar ett glapp i hanteringen av hälso- och sjukvårdsfrågor i Västra Götalands län. I syfte att förtydliga vad detta glapp får för konsekvenser visas i figur 3 nedan, något förenklat, hur

kommunerna, vårdssamverkansorganisationerna, kommunalförbunden och VästKom förhåller sig till varandra.<sup>24</sup>

Figur 3 Relationerna mellan aktörerna



Till vänster anges de förankringsarenor som finns på tjänstemannanivå, i mitten anges vad organisationerna gör och till höger formuleras de mest grundläggande effekterna som förväntas av varje organisations arbete.

De viktigaste aktörerna i detta schema är kommunerna. De ska tillhandahålla vård- och omsorgsinsatser som möter invånarnas behov. Kommunerna ingår sedan dels i vårdssamverkansstrukturer tillsammans med Västra Götalandsregionen, dels i kommunalförbund tillsammans med andra kommuner. Vårdssamverkansstrukturernas arbete handlar om att förbättra vårdkedjan i samverkan med den andra huvudmannen och kommunalförbundets arbete handlar om att uppnå samordningsvinster för förbundets kommuner i de frågor som kommunerna valt att samverka kring. Kommunalförbundets uppgifter kan, när det gäller det sociala området, beskrivas vara fyra; bedriva gemensam

24 Illustrationen av förhållandena mellan aktörerna i figur 3 hämtar inspiration från ett programteoretiskt tänkande. Genom att synliggöra underliggande grundläggande antaganden om vad verksamhet x, y eller z gör och är tänkt att åstadkomma förbättras möjligheten att diskutera och utvärdera dessa antaganden. (Se Exempelvis Funnell & Rogers 2011)

intresse- och omvärldsbevakning; bedriva gemensam kunskapsutveckling; bedriva gemensam kompetensutveckling och samordna gemensamt agerande.<sup>25</sup>

Sedan äger de fyra kommunalförbunden VästKom som enligt stadgarna har i uppdrag att företräda sina medlemmar, dvs. kommunalförbunden, i länsgemensamma frågor med Västra Götalandsregionen, biträda medlemmarna i förhandlingar gentemot Västra Götalandsregionen och utgöra en arena för kommunal samverkan. På en mycket övergripande nivå handlar det om att de 49 kommunerna som ingår i Västra Götalands län kan nå samordningsvinster genom att samarbeta på detta sätt.

Utredningen har tidigare visat att medlemskommunernas representanter uppfattar att GR inte kan företräda dem i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta får konsekvenser vilka illustreras med röd färg, streckade linjer och kursiv text i bilden ovan. Det innebär att kommunerna egentligen inte bemyndigar kommunalförbundet att arbeta med att samordna gemensamt agerande i dessa frågor vilket i sin tur betyder att kommunalförbundet egentligen inte kan bemyndiga VästKom att arbeta med att företräda medlemmarna eller att biträda medlemmarna i förhandlingar.

Det är viktigt att konstatera att problemet som illustreras i bilden ovan inte är att kommunalförbundet eller VästKom saknar vissa uppdrag. Dessa organisationer har inget egenvärde. Det är vad organisationerna åstadkommer för samhällelig nytta eller nytta för medborgarna som bör användas som måttstock på deras värde. Det som är problematiskt är att GR:s avsaknad av uppdrag riskerar att påverka samordningsvinsterna för både Göteborgsregionens kommuner och i viss utsträckning även övriga kommuner i länet. Mot bakgrund av denna analys bedöms följande formulering rama in nuläget på ett lämpligt sätt:

*GR:s medlemskommuner saknar en aktör med det uttalade uppdraget att samordna det gemensamma agerandet när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor i det del-regionala och det regionövergripande samarbetet.*

Det är viktigt att vara tydlig med att denna problemformulering inte är resultatet av en sammanvägning av hela intervjumaterialet. Vissa kommuner har idag en fungerande dialog med Västra Götalandsregionen eller en ingång i den regionövergripande samverkansstrukturen som gör att de inte uttrycker, eller ens kanske ser, detta problem. Problemet är istället formulerat med utgångspunkt i vad vissa kommunrepresentanter, GR-medarbetare och VästKom-medarbetare ger uttryck för. En värdering görs här att det som sägs är så pass viktigt att det är relevant som problemformulering för kommunkollektivet som grupp, även om problemet inte upplevs av alla.

### **Problemets olika delar**

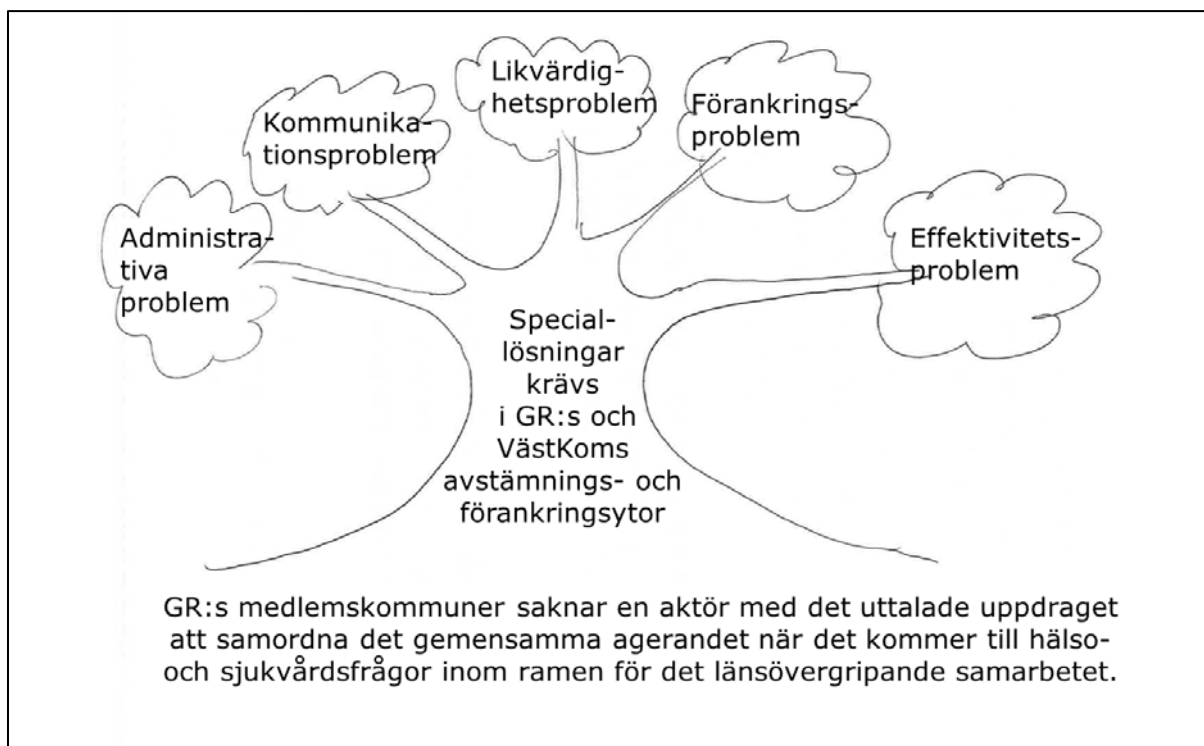
En analys har gjorts av vilka konsekvenser det får att GR:s medlemskommuner saknar en aktör med uppdraget att företräda dem. Som illustreras i figur 4 finns i intervjumaterialet beskrivet fem olika konsekvenser av grundproblemet och det faktum att speciallösningar varit nödvändiga i GR:s och VästKoms arbetssätt. Det handlar om *administrativa problem* för de aktuella handläggarna, det handlar om *kommunikationsproblem* i samverkan och att speciallösningarna skapar *likvärdighetsproblem* mellan GR:s

---

<sup>25</sup> Eftersom analysen handlar om kommunalförbundets uppdrag är denna organisation mer detaljerat beskriven än exempelvis vårdssamverkansorganisationerna.

medlemskommuner. Det handlar också om att *förankringen* fungerar sämre och att resurserna inte används på ett *effektivt* sätt. Nedan diskuteras varje del för sig.

Figur 4 Problemträd



Ett av delproblemen handlar om att intervjupersonerna beskriver en knöligare arbets-situation för de tjänstemän som ska jobba inom den delregionala och den region-övergripande samverkansstrukturen. Eftersom strukturen saknar en central pusselbit uppstår ibland oklarheter om var en fråga ska hanteras. Intervjuerna pekar på att det finns risk att merarbete skapas eftersom det tar onödigt lång tid att förstå i vilka forum en fråga ska diskuteras och av vem. Ett exempel som nämndes i många intervjuer handlar om en önskan hos några GR-kommuner att se över kommunernas och Västra Götalandsregionens överenskommelse om ungdomsmottagningar. I och med att GR inte uppfattas ha hälso- och sjukvårdsuppdraget uppstod oklarheter om hur frågan skulle hanteras och vad GR kunde göra.

Men där är ju inte GR heller med. Jag tror aldrig de har varit med i den frågan. Och då vet inte jag, bör de vara det, eller ska de inte vara det, eller ska de hjälpa till i det? Nu ska det ju vara en arbetsgrupp kring detta och då har GR skickat ut frågor om vilka som vill vara med i den arbetsgruppen. Men jag har ju inte upplevt att GR haft någon roll tidigare. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

Ett annat delproblem är att speciallösningarna i VästKoms och GR:s förankringsytor gör att kommunikationen blir svårare att hantera effektivt. VästKoms socialhandläggargrupp, som är tänkt att bland annat fungera som avstämningsyta mellan VästKom och kommunalförbunden innan dess att information skickas ut till länets 49 kommuner, har i dagsläget direktrepresentation av kommunerna i Göteborgsområdet och kommunerna i SIMBA-området. Detta gör att information kan spridas, dels via dessa kommun-representanter in i vårdsamverkansstrukturen och dels via socialhandläggarna in i

kommunalförbundsstrukturen. Flera kommunrepresentanter beskriver hur de uppfattar att det finns dubbla spår.

Vad som varit jobbigt kring det där, det är ju att det finns ju sammanhang där jag tycker att vi pratar om samma saker, eller får samma information från två håll, från GR kanske, via VästKom, och sen från SIMBA också. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

Ytterligare ett delproblem är att speciallösningarna leder till ojämlika villkor för länets kommuner. Speciallösningarna i avstämningsytorna utgår från en vårdsamverkanslogik vilket skapar olika förutsättningar för medlemskommunerna när denna logik möter kommunalförbundslogiken. Konkret innebär det att de GR-kommuner som ingår i vårdsamverkansstrukturer i andra kommunalförbundsområden antingen måste betala medlemskap i två kommunalförbund och delta i nätverk i båda de geografiska områdena för att täcka in hälso- och sjukvårdsfrågorna, eller att i realiteten sakna en formell aktör som samordnar dem i den regionövergripande mellankommunala samverkan och dialogen med Västra Götalandsregionen. En intervjuperson som arbetar i en kommun som drabbas när kommunalförbundslogiken möter vårdsamverkanslogiken ger i nedanstående citat uttryck för att hen saknar just den regionövergripande mellankommunala arenan för att driva sina frågor.

Alltså jag skulle må gott av att ha ett forum där jag kunde lyfta saker. /.../ Att det finns ett forum att lyfta det i, där man inte bara lyfter det till ett lite större sjukhusområde utan till beställarnivå och till kontrollnivå, när man känner att det inte fungerar. Eller till att påverka riktlinjer och rutiner och sånt som tas centralt. /.../ Och då skulle jag känna att det hade varit skönt att ha ett antal kommuner där man kunde processa de här frågorna. För ibland är man lite osäker, är det bara hos oss det är såhär? (Intervju med anställd i en medlemskommun)

Denna intervjupersons situation ska jämföras med att motsvarande tjänstemän i andra GR-kommuner har direktrepresentation både in i det regionövergripande forumet för samverkan mellan parterna (LiSA-gruppen) och den regionövergripande arenan för mellankommunal samverkan (socialhandläggargruppen).

Vidare kan också sägas att den nuvarande ordningen, med en avsaknad av aktör med uppdrag att samordna det gemensamma agerandet, skapar en situation i Göteborgsregionen som påverkar möjligheterna att förankra frågor i kommunkollektivet. När en fråga, som exempelvis ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal, ska diskuteras i kommunkollektivet är bilden i dagsläget att GR:s kanaler och resurser inte kan användas.

GR vore ännu skarpare på hälso- sjukvårdsfrågor om man hade ett bredare, eller nån slags bättre beskriven eller ordnad beredning kring hälso-sjukvårdsfrågor. För hälso- sjukvårdsfrågorna hamnar nog lite här och var tror jag nu./.../Ibland hamnar det i socialchefsnätverket, ibland trycks det ner till äldreomsorgschefsnätverket. Men det finns inte självklart att man säkrar att det finns hälso- sjukvårdskompetens där eller där. Utan det är i kraft av uppdragen liksom. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

En verksamhetschef med inriktning mot hälso- och sjukvård ger också uttryck för hur bilden att GR inte har ett hälso- och sjukvårdsuppdrag påverkar medlemskommunernas användning av GR:s resurser. Intervjupersonen beskriver hur hen blivit inbjuden till GR:s

äldrechefsnätverk men att incitamentet att närvara är litet eftersom bilden är att GR inte har något hälso- och sjukvårdsuppdrag. Resultatet av detta menar intervjupersonen blir att cheferna inte bidrar till att spela in hälso- och sjukvårdsfrågorna i nätverket.

Jag blev medbjuden när jag kom hit, men det är klart att jag ska vara med och bevaka hälso- sjukvårdsfrågor. Men så märker jag att det inte är några hälso- sjukvårdsfrågor där. Och det kanske egentligen beror på att jag inte går dit och tar ansvar för det, att lyfta dit de frågorna, och det gör inte mina kollegor heller. Så det är klart att det faller tillbaka till oss. Men vi har ändå den grunden att GR jobbar inte med hälso- och sjukvård. Alltså kommer de frågorna kanske automatiskt inte landa bra på GR, för ingen kan göra nåt åt dem där, eller det finns inte någon som kan hjälpa oss att bereda frågorna. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

Flera intervjupersoner pekar också på att Göteborgsregionens avsaknad av en aktör som samordnar dem i hälso- och sjukvårdsfrågor kan leda till negativa konsekvenser på sikt. Det handlar bland annat om att kommunkollektivet antas bli en sämre part i mötet med Västra Götalandsregionen.

Jag tror att vi får sämre kraft som kommuner. Den kraft som vi skulle kunna ha av att jobba ihop som kommuner, för att tydligare samordna eller beskriva eller ställa krav på VGR. /.../ Vi skulle kunna bli en mycket skickligare part, tror jag, mycket skickligare. Och vi skulle antagligen kunna ge mer stöd till de lokala vårdsamverkansgrupperna, så att inte var och en måste uppfinna sitt hjul på alla ställen. /.../ Eftersom alla kommuner utom Göteborg är ganska små och har begränsade resurser så behöver vi ju arbetsdela. (Intervju med anställd i en medlemskommun)

### **Omvärldsfaktorer**

Nödvärdigt för en analys av nuläget är också att beakta vilka omvärldsfaktorer som kan spela roll i diskussionen om uppdraget att samordna kommunerna när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor. Intervjupersonerna lyfter fram några faktorer som kan vara relevanta att ta hänsyn till.

Bland annat diskuteras den nyligen genomförda omorganisationen av Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsnämnder. Från och med 1 januari 2015 finns istället för tolv nu endast fem nämnder. Invånarna i Göteborgsregionens kommuner representeras idag inom Västra Götalandsregionen av Västra hälso- och sjukvårdsnämnden (som täcker in Ale, Alingsås, Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungsund, Tjörn och Öckerö) samt Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd (som täcker in Göteborg). I intervjumaterialet finns, i den mån det överhuvudtaget uttrycks, främst de som menar att denna förändring inte på ett väsentligt sätt kommer att påverka samverkan mellan huvudmännen i hälso- och sjukvårdsfrågor. Argumenten handlar om att kommunernas vårdsamverkan främst sker med aktörer på utförarsidan inom Västra Götalandsregionen. En förändring av de nämnder som beställer hälso- och sjukvård kommer därför inte att påverka hur vårdsamverkan i praktiken går till. Dock kan konstateras att förändringen antagligen kan ha större påverkan för den vårdsamverkan som har en aktiv politisk samrådsgrupp än den som inte har det eftersom representation i dessa i så fall ska ske utifrån ett befolkningsansvar vilken inte överensstämmer med den logik på vilken vårdsamverkan är uppbyggd. Som tidigare konstaterats finns stora skillnader mellan Göteborgsregionens vårdsamverkansstrukturer när det gäller den politiska nivån och de

kan därför komma att dra olika slutsatser om nämndförändringens konsekvenser. Utredningen nöjer sig här med att påpeka vikten av att låta nämndförändringen finnas med i det fortsatta samtalet kring uppdraget att samordna Göteborgsregionens kommuner i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Vidare talar intervjupersonerna om hur den demografiska utvecklingen med ett större antal äldre kommer att innebära ökade krav på hälso- och sjukvården, oavsett huvudman. På förslag finns därför inom Västra Götalandsregionen att utveckla det som kallas för närsjukvårdscentrum.<sup>26</sup> Ambitionen är att dessa centra i framtiden ska möta cirka 80 procent av invånarnas sjukvårdsbehov. Det handlar främst om det som rör stora patientgrupper och de mest vanligt förekommande sjukvårdsinsatserna. Dessa centra antas förbättra tillgängligheten men också innebära att vissa planerade ingrepp istället koncentreras till färre sjukhus. Vad detta kommer att innebära för vårdssamverkan är inte möjligt att inom denna utredning svara på, men det kan konstateras att även utvecklingen av Västra Götalandsregionens utförarorganisation är relevant att ta i beaktande i diskussionen om uppdraget att samordna kommunerna i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Slutligen bör nämnas den utveckling i många delar av samhället som går mot att se hälso- och sjukvård och socialtjänst som mer av ett och samma verksamhetsområde. Flera intervjupersoner lyfter att uppdelningen mellan områdena är en konstruktion som inte gynnar individen i behov av vård och omsorg och att en utveckling av lagstiftning och insatser går mot ett närmande områdena emellan. Utredningen menar att i ett sådant perspektiv kan uppdelningen av de samordnande aktörerna till att antingen ansvara för socialtjänst eller hälso- och sjukvårdsfrågor sägas vara otidsenlig.

### **Slutsatser och diskussion**

Utredningens nulägesanalys visar att det finns ett glapp i strukturen för hur hälso- och sjukvårdsfrågor hanteras av kommunerna i Västra Götalands län. Detta skapar ett behov av speciallösningar vilka i sin tur får konsekvenser för Göteborgsregionens möjligheter att kommunicera och bereda frågor som handlar om hälso- och sjukvård. Problemet med detta handlar inte om negativa konsekvenser för GR som organisation utan om att Göteborgsregionens kommuner därmed saknar en aktör med uppdrag att verka för samordnat agerande inom hälso- och sjukvårdsfrågor.

Det är relevant att lyfta upp till diskussion hur den strukturella utmaningen som beskrivs i ovanstående nulägesanalys förhåller sig till de utmaningar i fråga om tillit som beskrivits i bakgrundsavsnittet. Även om utredningen inte kan dra några slutsatser om hur orsakssambanden mellan dessa utmaningar ser ut är det intressant att reflektera över om det finns strukturproblem eftersom det finns tillitsproblem i denna del av regionen, eller om det finns tillitsproblem eftersom det finns en struktur som inte är ändamålsenlig. Det kan i alla fall sägas att ovan beskrivna strukturella glapp sannolikt inte gynnar tilliten i samverkan.

Utredningen gör en prioritering när det kommer till vilken utmaning som analyseras på djupet. Det bedöms vara mer brådskande, och inom ramen för denna utredning enklare, att diskutera den strukturella utmaningen. Förhoppningen är att om det strukturella problemet åtgärdas så förbättras förutsättningarna för att på sikt skapa en bättre tillit i den mellankommunala samverkan i Göteborgsregionen.

---

26 Utredning av de lokala förutsättningarna för utveckling av närsjukvårdscentrum vid tio lokalsjukhus i Västra Götalandsregionen (Hälso- och sjukvårdsutskottets protokoll 2013-02-20).

En slutsats som utredningen drar är att diskussionen om GR:s uppdrag måste utgå från den regionövergripande samverkansstrukturen som kommunerna i Västra Götalands län en gång i tiden byggde, och den roll kommunalförbunden är tänkta att spela däri. Det finns en struktur där kommunalförbundet ska verka för samordning av gemensamt agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor och vara en länk mellan den lokala och den regionala nivån. GR:s uppdrag, eller frånvaro av uppdrag, måste ställas i relation till syftet med den struktur som är uppbyggd. Om ett uppdrag ska finnas är det inom ramen för denna struktur som detta uppdrag existerar. Om ett uppdrag inte ska finnas så får det konsekvenser för hur den regionövergripande samverkansstrukturen kan fungera.

För att kvalificera diskussionen om GR:s uppdrag behöver tjänstemän och politiker i GR:s medlemskommuner diskutera vilken betydelse de lägger i formuleringen "samordna gemensamt agerande inom ramen för den regionövergripande samverkansstrukturen i hälso- och sjukvårdsfrågor". Det framstår i intervjumaterialet som att tolkningen av denna formulering kan skilja sig mycket mellan olika intervjupersoner, vilket antas försvåra formuleringen av GR:s uppdrag.<sup>27</sup> Å ena sidan kan formuleringen tolkas som ett företräderskap med rätt att teckna avtal för kommunerna. I andra änden kan formuleringen förstås betyda en form av maktlöst stöd som enkom samlar kommunkollektivet innan mötet med den andra huvudmannen. Utredningen antar att kommunkollektivets behov ligger någonstans däremellan. Ett fullt företräderskap är aldrig aktuellt eftersom den enda beslutsföra enheten i sammanhanget är den kommunala organisationen. En samordnande aktör är alltså inte beslutsför utan beslut fattas alltid i den kommunala organisationen. Att endast erbjuda kommunerna en fysisk mötesarena bedöms inte heller ligga i kommunernas intresse. I Göteborgsregionen finns kommuner som har olika behov, resurser och intresse. Visst handlingsutrymme bör en samordnande part ha för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Det som då bedöms vara viktigt är att det finns förtroende och legitimitet för samverkansformerna och de arenor och kanaler som aktören tillhandahåller och att medlemskommunerna känner att de har möjlighet att påverka dessa. Och här återvänder resonemanget till frågan om tillit. Det antas inte räcka med att bygga en struktur för hantering av frågorna. För att samverka ska fungera krävs också att medlemskommunerna har förtroende för strukturen.

Slutsatsen som dras av detta resonemang är att en samordnande aktör i den regionövergripande samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor bör lyda under kommunerna men samtidigt vara en aktör som kan använda sina resurser och äga ett visst handlingsutrymme. För att denna aktör ska kunna verka krävs att kanaler och arenor fungerar och att medlemskommunerna har tillit till och förtroende för aktörens hantering av uppdraget.

En annan slutsats är att det finns behov av att förtydliga logiken i den regionövergripande samverkan. Intervjumaterialet indikerar att många saknar en förståelse för hur det är tänkt att fungera och att detta leder till viss frustration och försvårar diskussionen om GR:s uppdrag. I syfte att bidra till denna diskussion har figur 5 skapats. Den illustrerar några distinktioner som kan vara viktiga att ha med i samtalet.

Samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor i Västra Götalands län kan variera beroende på om det rör lokala, regionala eller nationella frågor. En lokal fråga berör en eller några få

---

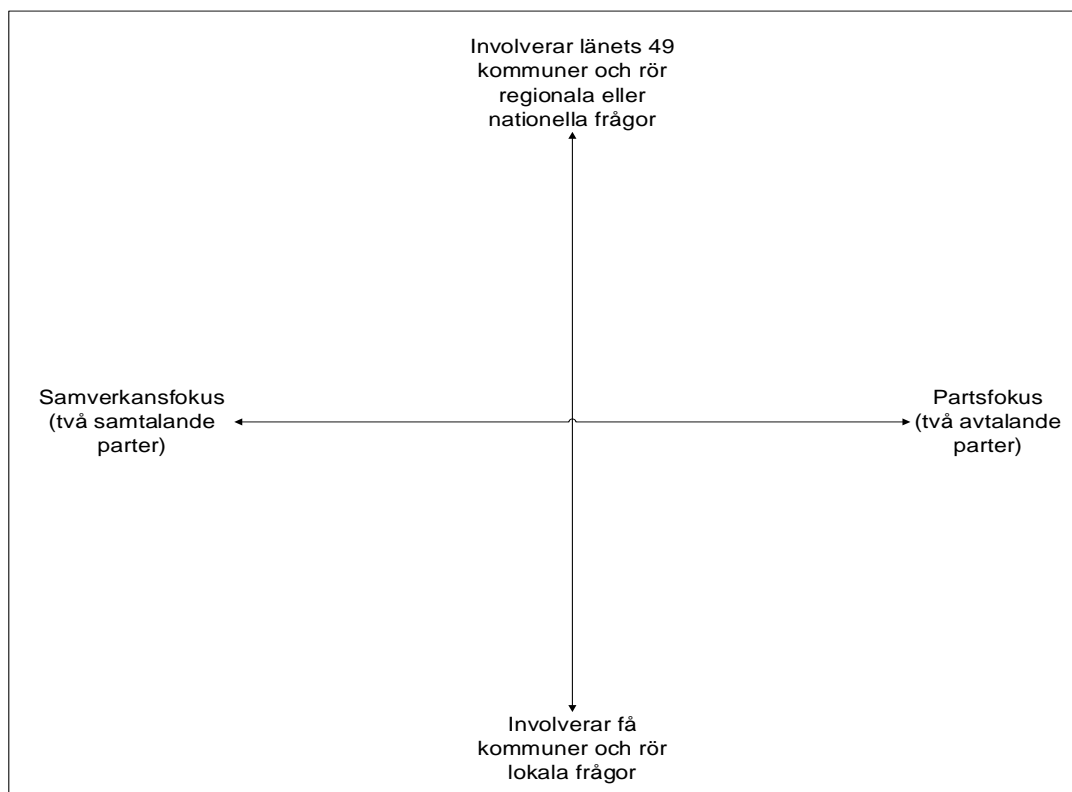
27 Exempel på begrepp som förekommer i intervjumaterialet är; representera; mäkla; företräda; teckna avtal; kratta i manegen; samla; förankra; fördela medel; stötta; samverka; rekommendera.



kommuner, en delregional fråga berör kommunalförbundets medlemskommuner medan de regionala och nationella frågorna berör länets samtliga 49 kommuner. En typisk lokal fråga är hur hemtagning av brukaren på bästa sätt ska lösas mellan sjukhuset och kringliggande kommuner medan en typisk regional fråga är hur ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal ska utformas.

Samverkan kan också variera beroende på om mötet mellan huvudmännen har karaktären av samtal mellan parter (samverkansfokus) eller om det handlar om ett möte mellan två avtalande parter (partsfokus).

Figur 5 Modell för att diskutera variationer av samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor



I denna bild kan kommunalförbundens uppdrag placeras längs med den horisontella axeln. Det var utifrån behovet av en mellankommunal arena för partsfrågor som samverkansstrukturen kring hälso- och sjukvårdsfrågorna skapades (dvs. på axelns högra del). Kommunalförbundets kunskaps- och kompetensutvecklingsuppdrag kan sägas utföras med ett samverkansfokus (dvs. på axelns vänstra del). VästKoms uppdrag befinner sig långt upp på den vertikala axeln med ett uppdrag som spänner över samtliga fyra kommunalförbund och 49 stycken kommuner. Vårdsamverkansstrukturernas uppdrag befinner sig huvudsakligen till vänster om mitten på den horisontella axeln. De utgör arenor för i första hand samverkan mellan huvudmännen. I Göteborgsregionen befinner sig vårdsamverkansstrukturerna långt ned på den vertikala axeln eftersom de endast involverar några få kommuner. Här är situationen annorlunda jämfört med länets övriga delregioner där kommunalförbundets medlemskommuner är mer överensstämmande med kommunerna som ingår i vårdsamverkansstrukturen.

Utredningen bedömer att problemet i den regionövergripande samverkan, och utmaningen med en otydlighet i GR:s uppdrag, uppstår någonstans i mitten, där de två axlarna möts. Utmaningen uppstår när det krävs en dialog mellan den lokala och den

regionala nivån (exempelvis när beslut fattas om hur statliga medel ska fördelas) eller när det inte är glasklart huruvida en fråga ska hanteras som en samverkansfråga eller en partsfråga. Eftersom Göteborgsregionens medlemskommuner är splittrade på fyra vårdssamverkansstrukturer ökar svårigheterna eftersom fungerande samverkan skulle kräva samordning mellan åtminstone två olika aktörer.<sup>28</sup> När kommunalförbundet inte uppfattas ha uppdraget att samordna kommunerna fungerar inte den tänkta länken mellan den lokala och den regionala nivån. Mot bakgrund av detta resonemang kan man konstatera att det inte alls är konstigt att det uppstår "gnissel" i denna del av länet.

### **Del 3 – Förslag på lösning**

Den tredje och sista fråga som utredningen ska besvara är vilket uppdrag som GR bör ha inom det sociala området när det kommer till hälso- och sjukvård. Denna fråga besvaras genom att först belysa de handlingsalternativ som står till buds för GR:s uppdragsgivare. Sedan analyseras hur dessa handlingsalternativ kan tänkas påverka medlemskommunerna och slutligen lyfter utredningen fram det alternativ som bedöms bäst tillvarata medlemskommunernas intressen.

#### **Möjliga handlingsalternativ**

Beroende på hur man ser på saken menar utredningen att det antingen finns två eller tre möjliga handlingsalternativ för GR:s uppdragsgivare.

#### **Handlingsalternativ 1 – Formuleringen av GR:s uppdrag förblir oförändrad**

Ett handlingsalternativ, som i alla fall vore teoretiskt möjligt, är att inte ändra något i uppdragets formulering. Anledningen till att detta endast beskrivs som ett teoretiskt möjligt handlingsalternativ är att det i utredningens material och analys finns mycket som pekar mot att det vore en olämplig väg att välja. Intervjuerna indikerar att många önskar en förändring. Den uppbyggda strukturen används inte på det sätt som det var tänkt, vilket skapar merarbete och det verkar vara ett ineffektivt sätt att arbeta. Ur ett medlemskommunsperspektiv är bristen på lika möjligheter för kommunerna att bli företrädare i dialog och förhandling med Västra Götalandsregionen (och vilka konsekvenser detta kan få för invånarna) det starkaste argumentet för en förändring.

#### **Handlingsalternativ 2 – GR ges ett tydligt uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor**

Det andra handlingsalternativet är att GR, utöver uppdraget att arbeta med omvärlds- och intressebevakning samt kunskaps- och kompetensutveckling, också ges ett tydligare uppdrag att arbeta med att samordna ett gemensamt agerande för Göteborgsregionens medlemskommuner när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor inom ramen för den delregionala och genom VästKom den regionövergripande samverkan. Det skulle kräva två huvudsakliga förändringar. Dels behöver kopplingen mellan GR och åtminstone de två vårdssamverkansorganisationer som finns inom kommunalförbundets geografiska gränser göras starkare. Uppdraget att samordna det gemensamma agerandet i hälso- och sjukvårdsfrågor bedöms kräva en större närhet till vårdssamverkan än vad som finns idag. Dels behöver GR:s uppdrag tillåta att organisationens kanaler och resurser används för att förankra och föra dialog om hälso- och sjukvårdsfrågor när så krävs. Uppdraget

---

<sup>28</sup> Det vill säga i det fall vi kan utgå från att de tre kommuner som ingår i de två andra vårdssamverkansstrukturer ingår i de motsvarande kommunalförbundens uppdrag.

att samordna det gemensamma agerandet i hälso- och sjukvårdsfrågor bedöms kräva fungerande kanaler för förankring och kommunikation.

### **Handlingsalternativ 3 – GR:s uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor avgränsas**

Det tredje handlingsalternativet är att GR:s uppdrag begränsas så att det framgår att samordning av gemensamt agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor inte är en del av uppdraget. Detta skulle kräva en förändring i VästKoms arbetssätt och uppdrag samt betyda att kommunerna i Västra Götalands län måste hitta nya vägar för att hantera den mellankommunala samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor samt nya former för den regionövergripande samverkan med Västra Götalandsregionen. Om GR inte har uppdraget att arbeta med samordning av gemensamt agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor kan inte kommunerna sägas bemyndiga GR vilket i sin tur gör det svårt för GR att bemyndiga VästKom.

#### **Vilket handlingsalternativ tillvaratar bäst medlemskommunernas intressen?**

Som anges ovan skulle ett oförändrat uppdrag vara negativt för medlemskommunerna eftersom nuvarande arbetssätt skapar ojämlika villkor i samverkan. GR:s medlemskommuners behov och intressen är, som utredningen påpekat vid ett flertal tillfällen, olika. Vissa kommuner har idag kanaler in i den regionövergripande samverkan medan andra saknar dessa. Därför är det inte säkert att alla kommuner upplever nuvarande situation som problematisk. Ur ett kommunkollektivsperspektiv bedöms det dock vara olämpligt att fortsätta utan förändring. Som utredningen visar verkar nuvarande arbetssätt slita på relationerna mellan medlemskommunerna och de samordnande aktörerna (GR och VästKom). Otydligheten skapar en situation där tilliten mellan aktörerna riskerar att skadas. Eftersom en förändring efterfrågas lämnas vi med endast två alternativ att diskutera vidare.

Att ge GR ett förtydligt uppdrag skulle innebära att fullt ut implementera den struktur för samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor som en gång i tiden skapades av GR:s medlemskommuner. Som antyds ovan behöver GR få tillgång till de i delregionen ingående ledningsstrukturerna för vårdssamverkan samt att GR:s kanaler och nätverk tillåts användas för att bereda frågor som handlar om hälso- och sjukvård. I detta skede bedöms det vara tillräckligt för GR att ingå i två vårdssamverkansstrukturer för att kunna utgöra den nödvändiga länken mellan den lokala och den regionala nivån.<sup>29</sup> Antagligen behöver resurser avsättas på GR för att hantera ett sådant uppdrag. Omfattningen av dessa resurser bedöms inte här utan utredningen nöjer sig med att rekommendera en särskild analys av resursbehov ifall detta handlingsalternativ väljs.

Utredningen kan konstatera att det på tjänstemannanivå verkar finnas ganska stort stöd för ett förtydligt uppdrag. Det går att dela in intervjuerna med de kommunala tjänstemännen i tre olika grupper. Två av dessa uttrycker sig i intervjuerna mer eller mindre positivt till att ge GR ett förtydligt uppdrag och dessa utgör en överväldigande majoritet av de intervjuade. Den ena gruppen, som utgör ungefär hälften av de 22 intervjupersonerna, menar att det är självklart att GR bör ha uppdraget. Dessa personer finns företrädesvis i Göteborgs kranskommuner eller i de kommuner som idag befinner sig i vårdssamverkansstrukturer i andra kommunalförbundsområden. Den andra gruppen, som

---

<sup>29</sup> De kommuner som finns i någon av de andra två vårdssamverkansstrukturerna kan med ett förtydligt uppdrag för GR använda sig av GR:s nätverk och kanaler, vilket är en förbättring i jämförelse med nuvarande situation. Det bedöms vidare inte finnas tillräckligt mycket att vinna på att lägga tid på att delta i ytterligare två vårdssamverkansstrukturer.

företrädesvis befinner sig i SIMBA-området, är mer skeptiska men uttrycker många gånger ändå ett värde av GR som aktör när det kommer till det regionala perspektivet, partsfrågor eller kunskapsutvecklingsfrågor. Som utredningen tidigare poängterat finns här mer problem när det gäller tilliten samt en upplevelse av en välfungerande vård-samverkan vilket skulle kunna förklara varför de inte lika självklart uttrycker behovet av GR som samordnande aktör. Den tredje gruppen (tre personer) är vid intervjutillfället tydligt negativa till att ge GR ett utvidgat mandat. Här finns företrädesvis representanter för Göteborgs Stad. Men som diskuterats tidigare måste tas i beaktande att Göteborgs Stad har andra behov och andra resurser. De har inte lika mycket att vinna på att det finns en samordnande aktör, eftersom de i dagsläget har kanaler för dialog med Västra Götalandsregionen. Men utredningen bedömer det som viktigt att Göteborgs Stads avsaknad av behov av en extern aktör med samordnaruppdrag inte hindrar GR:s möjligheter att möta andra kommuners behov.

Det sista handlingsalternativet bedöms i dagsläget vara sämre för kommunkollektivet. Det är fullt möjligt att tänka sig en mer omfattande förändring där en grundläggande fråga om hur samverkan ska ske på regionövergripande nivå i hälso- och sjukvårdsfrågor ställs till länets 49 kommuner. Men eftersom nuvarande struktur, som det verkar, aldrig implementerats fullt ut i Göteborgsregionen bedöms det som mer lämpligt att faktiskt försöka samarbeta på avsett vis inom den skapade strukturen. Det är först när man arbetat i enlighet med denna struktur som det är möjligt att utvärdera och förkasta den. Där, bedömer utredningen, är vi inte idag.

### **Slutsatser och diskussion**

En av utredningens slutsatser är att det på tjänstemannanivå verkar finnas stöd för att ge GR ett förtydligt uppdrag i hälso- och sjukvårdsfrågor. Utredningen har svårare att säga något om hur stödet ser ut på den politiska nivån. En av de politiker som intervjuades inom ramen för utredningsarbetet menade att det saknas en gemensam tydlig målformulering för kommunernas politiska representanter när det kommer till hälso- och sjukvårdsfrågor och att detta kanske kan förklara varför utmaningar uppstått när det gäller samverkan i dessa frågor.

Utredningen kan inte säga något om huruvida detta stämmer eller inte. Men det bedöms vara fullt möjligt att formulera en sådan gemensam målbild. Västra Götalandsregionens mål om en vård på lika villkor oavsett vem man är eller var man bor borde kunna fungera lika väl för kommunens ambitioner som för landstingsorganisationen. Denna ambition kommer också till uttryck både i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen. Avsikten att uppfylla dessa lagkrav skulle kunna fungera som utgångspunkt för diskussionen om hur den mellankommunala samverkan ska se ut i Göteborgsregionen och hur kommunkollektivet tillsammans med länets övriga kommuner vid behov ska kunna bli, såväl en samstämmig samverkanspart, som en jämbördig förhandlingspart, till Västra Götalandsregionen.

Vidare ska också sägas att den potentiella målkonflikt som finns mellan det kommunala självstyret och medborgarnas rätt till jämlik vård existerar oavsett om den regionövergripande samverkansstrukturen organiseras via kommunalförbunden eller på något annat sätt. Det kommunala självstyret kommer ibland att ställas mot invånarnas rätt till en jämlik vård. Det som gynnar en enskild kommun är inte alltid det som gynnar likvärdighetsprincipen inom vården. Detta kan vara värt att ta i beaktande i diskussionen om den mellankommunala samverkan i gränssnittet till Västra Götalandsregionen. Det är

sannolikt så att dessa politiska avvägningar blir nödvändiga, alldeles oavsett hur samverkansstrukturen är organiserad.

Mot bakgrund av detta konstateras att utredningens slutsats är att det vore olämpligt att döma ut den struktur för samverkan som skapats i Västra Götalands län innan den har implementerats fullt ut. Det handlingsalternativ som utredningen menar bäst tillvaratar kommunernas intresse är att GR, utöver existerande uppdrag, även ges i uppdrag att samordna kommunkollektivets agerande i hälso- och sjukvårdsfrågor på delregional nivå och genom VästKom på regional nivå. Detta uppdrag bör formuleras så att det på intet sätt påverkar Göteborgs Stads behov av en särställning i samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor. En fortsatt dialog mellan GR och Göteborgs Stad bedöms vara viktig för att etablera formerna för att säkerställa denna särställning.

# Referenslista

## Böcker och utredningar

Boijs A. (2014) *Tillit och förtroende skapar samverkan - Utvärdering av ledningsstrukturen för samverkan mellan kommuner och region i Västra Götaland*

Funnels S. & Rogers P. (2011) *Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models*, San Francisco: Jossey-Bass/Wiley

Leffner M. (1998) *Kommunförbundsorganisation i Västra Götalands län*

## Övriga rapporter

*Den Nära Vården inom SIMBA – området Tjörn, Stenungsund, Kungälv, Ale 2011 – 2015*

Delrapport om arbetet i län/regionen 2012, *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, Regionala strukturer för kunskapsutveckling*

Statskontorets rapport 2014: 18, *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*

## GR:s dokument

Diarienummer 08-154.019

Diarienummer: 12-211.9

Diarienummer 14-230.011

Diarienummer 02/00/185, GR som regionalt kommunförbund - Starttidpunkt

Protokoll förbundsstyrelsen, den 8/4 2011

Göteborgsregionens kommunalförbunds förbundsordning, antagen den 2012-06-12

Överläggningar med anledning av 2012 års överenskommelse kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre mellan regeringen och SKL - Minneanteckningar 2012-06-28

## Övriga dokument

Protokoll III:8 vid regeringssammanträde 2010-06-17 S2009/4028/ST (delvis)

*Avsiktsförklaring, Program för en god äldreomsorg i Västra Götaland, SKLs diarienummer 10/0570*

Hälso- och sjukvårdsutskottets protokoll 2013-02-20, *Utredning av de lokala förutsättningarna för utveckling av närsjukvårdscentrum vid tio lokalsjukhus i Västra Götalandsregionen*

# Bilaga 1: Metod, material och metoddiskussion

## Om utredaren

Det mesta av arbetet i denna utredning har utförts av Cornelia Björk som är anställd på GR och därmed att betrakta som en intern utredare, men samtidigt helt ny i organisationen och därför inte bärare av någon förförståelse kring GR:s uppdrag inom det sociala området. Utredaren har en samhällsvetenskaplig examen på magisternivå med inriktning mot förvaltningsteori och utvärderings- och utredningsmetodik från Förvaltningshögskolan vilket färgar hur utredningsarbetet har genomförts.

## Om tolkningen av uppdraget och studieobjektet

Uppdraget avgränsas inledningsvis genom att definiera att utredningens problemområde handlar om kommunal hälso- och sjukvård och gränssnittet till Västra Götalandsregionen. På så vis skiljer sig tolkningen av utredningsuppdraget något mot den formulering som görs i det politiska beslutsunderlaget. I beslutsunderlaget anges att utredningen ska analysera "GR:s uppdrag och roll som stöd i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor". Vid de inledande intervjuerna med tjänstemän på GR framgick dock att otydligheten i GR:s uppdrag inte rör socialtjänstfrågorna utan att problemet uppstår när det kommer till det som handlar om kommunal hälso- och sjukvård samt det som rör gränssnittfrågorna mot Västra Götalandsregionen. Vidare utesluts begreppet "roll" ur tolkningen av uppdraget. Det som studeras är GR:s *uppdrag*. Ordet roll bedöms inte tillföra något till förståelsen av studieobjektet. Det som studeras är organisationen GR:s uppdrag inom det sociala området med särskilt fokus på hälso- och sjukvårdsfrågor och gränssnittet mot Västra Götalandsregionen.

## Om utredningens övergripande upplägg (design)

Utredningen studerar GR:s uppdrag med utgångspunkt i tre kronologiska faser (dåtid, nutid, framtid) och frågorna samt rapportens disposition följer samma logik. Till att börja med görs en analys av vilket uppdrag GR tidigare har haft inom det sociala området när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. Sedan görs en analys av vilket uppdrag GR kan sägas ha idag. Slutligen diskuteras vilken roll som GR bör ha i framtiden.

Valet av detta upplägg görs eftersom formuleringen av GR:s uppdrag kräver att många aktörer samlas kring en gemensam bild av både bakgrund och nuläge. Att analysen börjar med en ordentlig bakgrundsbeskrivning anses gynna skapandet av en gemensam förståelse av problemet. En gemensam förståelse för bakgrunden och problemet bedöms förbättra förutsättningarna att samla aktörerna kring ett lämpligt handlingsalternativ.

Frågorna i de första två faserna är deskriptiva (beskrivande) medan frågan i den sista fasen är normativ (värderande). Det betyder att de första två frågorna kan besvaras genom att analysera de berättelser som intervjupersonerna delar med sig av och den information som finns i dokumenten för att finna svaret på hur GR:s uppdrag sett ut tidigare och hur det ser ut idag. Den tredje och sista frågan kräver dock en värdering för att vara möjlig att besvara. Denna värdering görs genom att först tydliggöra vilka olika handlingsalternativ som står till buds. Sedan värderas dessa handlingsalternativ med grund i det som framkommit i de tidigare delarna av analysen. Här finns inget rätt svar på frågan, eller rätt sätt att värdera, men så långt som det är möjligt tydliggörs i analysen på vilka grunder en värdering görs.

## Om dialogen med medlemskommunerna

Inledningsvis gjorde GR-medarbetare tydligt att medlemskommunernas syn på utredningens utformning och genomförande var av central vikt. Därför började utredningsarbetet med en avstämning med representanter för kommunerna i både SIMBA- och Göteborgsområdet kring utredningens genomförande. En bit in i arbetet efterfrågade chefer i SIMBA-kommunerna ett extra möte där ett förtydligande gjordes kring utredningens syfte och genomförande. Efter detta möte lades också fler intervjuer med socialchefer till än vad som inledningsvis var planerat.

När cirka två tredjedelar av utredningstiden passerat bjöds medlemskommunernas representanter via kommunchefsnätverk, socialchefsnätverk och äldrechefsnätverk in till en dialog om de preliminära slutsatserna. Vid detta tillfälle presenterades först de preliminära slutsatserna i utredningens första (dåtid) och andra (nutid) del. Med utgångspunkt i dessa slutsatser fördes sedan en dialog kring svaret på frågan om vad GR bör ha för roll i framtiden. Sammanlagt närvarade 12 representanter för sju medlemskommuner vid detta tillfälle. Även fyra processledare i vårdsamverkan deltog i dialogen samt fyra medarbetare från GR.

Vidare utgör kommunernas representanter mer än hälften av intervjupersonerna. Information om utredningens genomförande har också skickats ut via de aktuella GR-nätverken och de personer som velat ställa upp på en intervju har via dessa kanaler getts möjlighet att göra det.

## Om utredningens material

Materialet består av inspelade och i de flesta fall transkriberade intervjuer med representanter för politiker och tjänstemän samt ett urval av de dokument som finns i GR:s diarium.

Dokumenterna är i huvudsak hämtade från GR:s diarium. En manuell genomgång gjordes av sociala styrgruppens och förbundsstyrelsens protokoll och underliggande protokoll samt kommunchefsnätverkets anteckningar. Sammanlagt rör det sig om flera hundra sidor utredningsmaterial, mötesprotokoll och mötesanteckningar. Materialet består också av styrdokument i form av nuvarande och tidigare förbundsordningar och budgettexter för GR samt styrdokument för VästKom, vårdsamverkansgrupperingar och regionens övriga kommunalförbund.

Intervjumaterialet består av totalt 43 intervjuer som är genomförda med politiker och tjänstemän. Hur dessa fördelar sig mellan olika organisationer och mellan olika kommuner redovisas i tabell 2 och 3 nedan.

Tabell 2 Spridning intervjupersoner, organisation och funktion

Kategori av personer	Antal
Kommunrepresentanter	22
Varav kommunchefer	2
Varav socialchefer	9
Varav äldre-/hälso- och sjukvårdschefer	7
Varav MAS/MAR	3
Övriga tjänstemän	1



Processledare vårdssamverkan	4
VästKom – tjänstemän	2
GR – tjänstemän	5
GR – politiker (presidiet)	4
Övriga kommunalförbund	3
Västra Götalandsregionen	2
Summa	43

Tabell 3 Spridning intervjupersoner, medlemskommun

Medlemskommun	Antal intervjuade tjänstemän
Ale	2
Alingsås	2
Göteborg	3
Härryda	3
Kungsbacka	0
Kungälv	1
Lerum	1
Lilla Edet	1
Mölnadal	3
Partille	1
Stenungssund	3
Tjörn	1
Öckerö	1
Summa	22

Urvalet av intervjupersoner är gjort med ambitionen att täcka in samtliga GR-kommuner (Kungsbacka undantaget) och att de olika funktionerna ska vara representerade i både SIMBA-kommuner, kommuner i Göteborgsområdet samt minst en av de övriga tre kommuner som ingår i andra vårdssamverkansstrukturer. I huvudsak är denna spridning på intervjupersonerna uppnådd. Efter det att SIMBA-kommunerna efterfrågade att fler socialchefer skulle intervjuas lades några intervjuer till och någon planerad intervju plockades bort.

Intervjuerna har inte genomförts med en strukturerad intervjuteknik. På grund av utredningens tidsplan krävdes att intervjuerna sattes igång relativt omgående när utredningsarbetet initierats. På grund av utredarens avsaknad av förförståelse var det inte möjligt att veta på förhand exakt vilka frågor som skulle behöva ställas. Intervjuerna har istället haft karaktären av samtal som har fått ta lång tid. Intervjuerna har varierat i tid men i huvudsak pågått mellan 40 och 90 minuter. De allra flesta har genomförts på intervjupersonens arbetsplats och en diktafon har använts under samtalet för att spela in det som sägs.

Intervjuerna har handlat om intervjupersonens syn på GR:s uppdrag i dåtid, nutid och framtid. Sedan har intervjupersonernas svar fått styra vilka följdfrågor som ställts. Intervjupersonerna har haft väldigt olika förkunskaper om GR och de har haft olika roller och funktioner i sina hemmaorganisationer. Stor anpassning av intervjufrågorna har därför krävts vid varje enskilt intervjutillfälle.

### Analys av materialet

Allt det material som funnits i elektronisk form har laddats upp i analysprogrammet NVivo. Av intervjumaterialet är det fråga om sammanlagt 35 intervjuer som har transkriberats i sin helhet. Inledningsvis gjordes en grov sortering av intervjupersonernas utsagor i de tre kronologiska faserna, dåtid, nutid och framtid. Sedan har varje område analyserats tentativt och de teman som framkommit vid genomläsning har bildat underkategorier till de olika områdena. Sammanlagt har textmaterialet kodats i 18 olika koder enligt det kodschema som illustreras i tabell 4.

Tabell 4 Kodschema för intervjumaterialet

Huvudkategorier	Underkategorier
Dåtid	Göteborgs Stads inställning
	SIMBA-kommunernas inställning
	Regionalt kommunförbund
	Den regionövergripande samverkan – VGR
	Statlig styrning
	Fördelning av medel
	Hälsa- och sjukvårdsavtalet
Nutid	Gränsen mellan hälso- och sjukvård och omsorg
	Andra kommunalförbund
	Syn på GR och företräderskap
	Syn på GR och kompetensutveckling
	Syn på GR och kunskapsutveckling
	Förståelse av problemet
	Ungdomsmottagningarna
Framtid	Utvecklingen framöver
	Handlingsalternativ
Övrigt	Om utredningen
	Omvärlden – externa faktorer

Utredningens första fråga besvaras via en genomgång av diariet samt genom analys av vad intervjupersonerna berättar om hur GR:s uppdrag tidigare sett ut. Denna del av utredningen syftar till att försöka skapa en berättelse för att politiker och tjänstemän ska få en gemensam bild av bakgrunden. Presentationen följer därför delvis en kronologisk ordning där de viktigaste delarna i varje decennium lyfts fram och sätts i relation till varandra. Denna del av utredningen har karaktären av en berättelse.

Den andra frågan besvaras genom analys av studieobjektet med hjälp av en analysram som bryter ned GR:s uppdrag i tre delar; styrdokumentens formulering; aktörernas uppfattningar och organisationens praxis. Ett antagande görs att dessa tre bör harmoniera med varandra för att ett uppdrag ska kunna hanteras effektivt inom en organisation. Med utgångspunkt i denna analys definieras sedan problemet och

analyseras vidare genom en eftersökning i intervjumaterialet av vilka konsekvenser som problemet kan sägas få.

Den tredje och sista frågan besvaras genom att potentiella handlingsalternativ utkristalliserar och genom att de konsekvenser som enligt utredningens analys är förknippade med de olika alternativen synliggörs.

### **Om begränsningar i utredningens metod**

Utredningen är ett internt genomfört arbete. Det innebär att den initieras och genomförs inom GR. Fördelen med det är att utredaren lätt får tillgång till relevant material och lättare en insikt i problemet som ska utredas. Nackdelen är att närheten kan göra att utredningen förlorar i saklighet och att utredarens egenintresse kan påverka resultatet. En medvetenhet om riskerna bedöms dock som tillräckligt för att resultatet inte ska styras på otillbörligt vis. I denna utredning har aktiva steg tagits för att vinnlägga sig om att det är medlemskommunerna och inte GR som är beställarna vars intressen ska ställas i förgrunden.

Ytterligare en begränsning med utredningens metod är att det kan ha uppstått intervjuareffekter på grund av att intervjutekniken inte kunnat vara systematisk. Sannolikt har helt andra frågor ställts i slutet av utredningsfasen än i början. Risken med detta är att utredaren missat att ställa vissa relevanta frågor i början. Men det bedöms ändå inte påverka resultatet på ett väsentligt sätt eftersom möjlighet funnits, och utnyttjats, att ställa följdfrågor till de personer som intervjuades i början. Eftersom analysen heller inte är kvantitativ i bemärkelsen att den summerar utsagor är risken med dessa intervjuareffekter mindre. I analysarbetet har hänsyn kunnat tas till eventuella intervjuareffekter.