



SAMREHAB MARK SVENLJUNGA

- IDÉ, VERKSAMHET OCH ERFARENHETER HITTILLS

Nulägesrapport 26 maj 2003

Lena Ehrlund, Lena Essedahl, Kristina Sövari, Per-Åke Karlsson,



© **Författaren/Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

FÖRORD

Samverkan inom vård och omsorg, och inte minst inom rehabiliteringsområdet, är en angelägen fråga för landsting och kommuner idag. Samrehab Mark-Svenljunga är ett försök till samordning av rehabiliteringsverksamhet som, så vitt vi vet, inte prövats på annat håll i landet. Försöksverksamheten är gemensam för Marks kommun, Svenljunga kommun, primärvården i Mark och Svenljunga samt Skene lasarett inom Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) och leds av en gemensam nämnd. Projektet pågår under tiden 2001-05-01 till 2005-12-31, dvs knappt fem år. Tanken är att samordningen av rehabiliteringsresurserna, som i Samrehab avser arbetsterapi, sjukgymnastik och hjälpmedel samt samarbete på lokal nivå, skall medverka till bästa möjliga livssituation för den enskilde individen med funktionshinder. Samordningen av resurser skall också ge bättre förutsättningar för effektiv rehabilitering av hög kvalitet samt bättre förutsättningar att möta ökande behov av rehabilitering utan stora resurstillskott.

Den här delrapporten skall förhoppningsvis ge en bild av nuläget och en inblick i de möjligheter och svårigheter som Samrehabprojektet inneburit för oss som arbetar med rehabilitering, vård och omsorg i Mark- och Svenljungaområdet. Orsaken till att det blir en rapport redan nu är att intresset för Samrehab har varit stort runt om i landet och vi vill därför dela med oss av våra erfarenheter så här långt. Rapporten är en beskrivning inifrån av arbetsprocessen. Kanske kan den inspirera till liknande samverkansprojekt. Förhoppningen är att de erfarenheter vi gjort i så fall bidrar till att en del av de ”kullerstenar” som vi mött längs vår väg kan undvikas av andra.

Samrehab har, förutom ansvaret för rehabilitering, också ansvar för bashabiliteringen i Mark och Svenljunga. Rapporten handlar dock mest om vårt arbete med att samordna och utveckla rehabiliteringsverksamheten. Vi kommer främst att försöka belysa samverkansaspekterna men berör i någon mån också hur vi funderar kring rehabiliteringsinsatserna i sig.

Samverkansavtalet mellan huvudmännen reglerar att Samrehab skall utvärderas och den här rapporten innehåller ett avsnitt om hur vi gått tillväga och en kort sammanfattning av vad vi hittills fått ut av de enkäter, intervjuer mm som ingår i utvärderingen. Resultatet från utvärderingen kommer att ligga till grund för förbättringsarbete under projekttiden och för beslut om eventuell förlängning eller permanentande av verksamheten.

Vad är det då vi ska beskriva? Det är ännu för tidigt att säga om vårt sätt att samordna resurserna kan erbjuda en mer effektiv rehabilitering än den tidigare organisationen. Under de två år som gått är det många frågor som trängt sig på. Några av dessa kommer vi att belysa medan andra får anstå till slutrapporten. Vad är samverkan egentligen? Finns det någon gemensam definition? När ska vi samverka och varför? Vilka ska samverka? Vilket mervärde ger samverkan i sig och hur mäter vi det? Hur mycket kraft tar samverkan ställt i relation till resultatet? Hur kan vi bäst underlätta samverkan? Hur mycket av eventuella samverkansvinster beror på själva organisationen och hur ser vi till att inte nya ogynnsamma gränser uppstår? Hur mycket betyder gemensam finansiering och hur ska kostnaderna fördelas? Hur mycket hänger på om alla inblandade aktörer kan lämna prestige- och revirtänkande? Hur åstadkommer vi att alla utgår ifrån en gemensam plattform med helhetssyn, samsyn och gemensamma strategier? Vilka krav ställer olika former av samverkan på politiker, chefer och ledare samt varje medarbetare?

Rapporten riktar sig till politiker, verksamhetsansvariga och olika personalgrupper inom rehabilitering, vård och omsorg i såväl kommuner som landsting. Vi vänder oss förstås till vår egen verksamhet och de samverkande huvudmännen men också till er som funderar på att starta eller är mitt uppe i planeringen för samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet.

Ekonomiskt stöd för att utarbeta föreliggande rapport har givits av Hjälpmedelsinstitutet. Forsknings- och kompetenscentret ÄldreVäst Sjuhärad medverkar i arbetet med utvärderingen samt genom att ge ut denna rapport.

Den som är intresserad av att ta del av det slutliga resultatet från den pågående utvärderingen får vänta till slutrapporten 2004-2005.

Utvärderingsgruppen i Samrehab

INNEHÅLL

FÖRORD	4
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	5
SAMMANFATTNING AV ERFARENHETERNA HITTILLS	7
Patienten är alltid ”vår”	7
Patientfokus trots Samrehab eller tack vare Samrehab	7
Stor verksamhet - fler möjligheter	8
Vi lär tillsammans	8
Lång försöksperiod ger bättre förutsättningar	8
Bättre förarbete – kortare startsträcka?	9
Vi måste bli bättre på att utvärdera	9
IDÉN OM EN SAMORDNAD REHABILITERINGSVERKSAMHET	10
Bakgrund	10
Från uppdrag till beslut och start	11
BESKRIVNING AV SAMREHAB	12
Ansvarsområde	12
Mål och värderingar	14
Organisation	15
Personal	17
Ekonomi	17
Förberedelser	18
Introduktion	19
Rekrytering av teamchefer	20
Uppstart	20
Den första tiden	21
Pågående utvecklingsarbete	22
UTMANINGAR	25
Samsyn och samarbete i Samrehab	25
Samsyn och samarbete med andra verksamheter	26
Anpassning av insatser och resurser	27
Förändringar hos våra medaktörer ställer krav på anpassning	28
UTVÄRDERINGENS FRAMVÄXT OCH UPPLÄGGNING	29
Uppdraget	29
Frågor att söka svar på	30
Utvärderingens ramar	30
Underlag för utvärderingen	31
Efter en av tre datainsamlingar	

UPPFATTNINGAR OM SAMREHAB SÅ HÄR LÅNGT	34
Målinriktat arbetssätt	35
Riktlinjer, strategier och prioriteringar	36
Egenansvar och hälsoperspektiv	38
Kommunikation, information och samverkan	40
LITTERATUR	43
BILAGA	44

SAMMANFATTNING AV VÅRA ERFARENHETER HITTILLS

När flera verksamheter, över huvudmannaskapsgränserna, slås ihop som i Samrehab händer det mycket. Samrehabprojektet har, efter de två år som gått av den femåriga försökstiden, givit oss många erfarenheter. En del av det vi anade eller visste förut har förstärkts men en del har varit mer oväntat. Somligt har visat på möjligheter och klara fördelar, medan annat har inneburit svårigheter och hinder. Vi vill här ge läsaren en sammanfattning av erfarenheterna hittills.

Patienten är alltid ”vår”

En av de allra största vinsterna med Samrehab är att patientens behov av insats är utgångspunkten för vårt arbete och inte huvudmannaskapet. De insatser vi kan erbjuda har alla patienter tillgång till, utifrån sina behov, oavsett om de är ”kommunpatienter” eller ”landstingspatienter”. De båda orden skall överhuvudtaget inte längre förekomma när vi funderar över hur patienten skall få sin rehabilitering och av vem.

Samrehab har ansvar för alla arbetsterapi- och sjukgymnastikinsatser på basnivå inom Mark-Svenljungaområdet och på specialiserade nivå vid Skene lasarett. Vi kan därför inte ”bolla” patienten vidare till någon inom vårt område¹. Inom Samrehab måste vi tillsammans se till att patienten får den rehabilitering som han eller hon har behov av, oavsett om det gäller enstaka insatser eller många olika åtgärder i en rehabkedja.

Patientfokus trots Samrehab eller tack vare Samrehab

Rehabiliteringskedjan skall fungera smidigt men måste också kunna brytas så att den enskilde kan ”lämna” hälso- och sjukvården och återgå eller anpassa sig till ett normalt socialt liv, med eller utan olika stödinsatser. Bedömningen av patientens problem, behov och resurser ur ett helhetsperspektiv samt målsättning för rehabiliteringen framstår allt mer som de viktigaste förutsättningarna för en lyckosam rehabiliteringsprocess. När flera aktörer är involverade i patientens vård, omsorg och/eller rehabilitering skall vi bedöma och sätta mål gemensamt och självklart tillsammans med patienten själv.

Detta ställer krav på att personalen i Samrehab utgår från gemensam värdegrund, syn på arbetsprocesser, mål och riktlinjer samt inte minst de svåra prioriteringsfrågorna. Samsyn kommer, som många erfarit, inte alldeles av sig självt. Under den första tiden i Samrehab har det därför gått åt mer tid till möten, vilket skapat en del frustration och stress hos personalen som, med stort engagemang för patienterna, kämpar med att möta en ökande efterfrågan. Man måste mötas, prata, lyssna samt vända och vrida på det mesta innan man ser samma sak och kan komma överens om hur man skall göra. Det är en lång, ibland mödosam, men mycket lärorik process.

¹ En del av de patienter som tas om hand på basnivå i Samrehab har vårdats vid Borås lasarett inom SÄS eller vid andra sjukhus, exempelvis Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Här är det inte lika självklart att patienten är ”vår”. I en del fall är vården och rehabiliteringen särskilt komplicerad och av den art att insatserna måste ges vid till exempel region- eller universitetssjukhus. I andra fall kan de erfarenheter vi gör inom Samrehab vara värdefulla för att hantera eventuell gränsdragningsproblemik mellan basnivån i Samrehab och den specialiserade rehabiliteringsnivån vid andra sjukhus än ”vårt eget”.

Förhoppningsvis kommer resultatet av de gemensamma ansträngningarna bli att vi samlat gör mer rätt, inte bara i den egna ”rutan” utan i helheten, både för den enskilde patienten och för patienterna som grupp. Kanske kan vi skönja ett nytt synsätt med de här orden från en av Samrehab's arbetsterapeuter ”i början lyckades vi ha patientfokus *trots* Samrehab, nu börjar vi få patientfokus *tack vare* Samrehab”.

Stor verksamhet - fler möjligheter

I Samrehab finns ca 80 personer som arbetar med rehabilitering, på basnivå och specialiserad nivå. Vi rymmer inom oss en stor, bred kompetens som nyttjas för patientens bästa utan revirgränser och utifrån ett gemensamt uppdrag.

Möjligheterna för personalen att fördjupa sin kunskap och specialisera sig inom något område är större nu än när flera mindre verksamheter arbetar var för sig. Vi har ännu inte kommit särskilt långt men planerar att intensifiera detta arbete under innevarande år. Den fördjupade kunskapen skall göras tillgänglig för alla patienter som behöver den, antingen genom direkta patientåtgärder eller genom handledning och kunskapsstöd till den som annars ansvarar för patienten.

En stor verksamhet har också bättre möjlighet att upprätthålla kompetens för patientgrupper med mer ovanliga sjukdomar och skador.

Vi lär tillsammans

Det är märkligt hur många föreställningar och förutfattade meningar det finns om, och hur lätt det är att ha synpunkter på, hur andra verksamheter sköter sina uppdrag. Det är förstås inte helt lätt att fullt ut förstå förutsättningarna i en annan verksamhet och när det går snett är det lätt att klaga på andras brister. En del av detta finns också inom Samrehab. Genom att vi nu arbetar mer tillsammans över olika vårdnivåer med gemensamma patienter för att t ex forma gemensamma riktlinjer, har förståelsen för varandra ökat liksom insikten om att det bara är utifrån en helhetssyn på patienten som vi kan värdera våra enskilda insatser. De prioriteringar som görs i en ”ruta” kan påverka resultatet för patienten i en annan. Eftersom Samrehab arbetar inom såväl kommun som primärvård och länssjukvård borde en del av de erfarenheter vi gör kunna bidra till nya angreppssätt också tillsammans med andra professioner.

Lång försöksperiod ger bättre förutsättningar

I allt material vi läst om samverkan framhåller man att det tar lång tid att utveckla samsyn och fruktbar samverkan. Vi vet nu också av egen erfarenhet att det är sant. Det går mycket långsammare än man vill och det krävs en stor dos av tålamod och uthållighet. Vi får inte låta samverkan bli ett självändamål men å andra sidan inte låta bli när det är mödan värd. Det är bra att försöksperioden är så pass lång. Trots nästan fem år känns den ibland ändå alldeles för kort.

Bättre förarbete – kortare startsträcka?

Behovet av att samordna samhällets resurser inom rehabiliteringsområdet framstår som ganska klart, både utifrån ett individperspektiv och utifrån ett organisatoriskt/ekonomiskt perspektiv.

Riktigt hur, för vilka grupper och med vilka resurser är däremot inte lika givet. Rehabilitering är ingen egen process och det är inte heller utan vidare möjligt att avgränsa en viss åldersgrupp eller en specifik diagnos- eller behovsgrupp till en egen organisation över huvudmannaskapsgränserna.

Så mycket i vård, omsorg och rehabilitering hänger ihop i en mängd samband men någon form av organisatorisk avgränsning behövs förstås. Det innebär att hur vi än organiserar oss kommer det oundvikligen att finnas gränser mellan verksamheter och professioner. Många kan överbryggas med god vilja och förmåga att se till helheten. För att ekonomiska ansvarsgränser inte skall bli till hinder krävs, så vitt vi kan förstå, också överenskommelser såväl på politisk nivå som hos ledningen samt förankring hos medarbetarna. Först och främst gäller det förstås att vara överens om vad man vill uppnå med att organisera sig på ett visst sätt.

I Samrehab är det de hinder som utgörs av gränsen mellan huvudmännen, avseende arbetsterapi och sjukgymnastik, som ska undanröjas. Uppdraget här var mycket tydligt. Verksamheten gavs ett stort spelutrymme för samverkan och flexibelt resursutnyttjande inom sig. Spelreglerna för de ekonomiska relationerna till andra verksamheter var dock otillräckligt diskuterade och förankrade före start. Konsekvensen blev t ex att Samrehab, i några avseenden, plötsligt sågs som en extern kund och därmed debiterades högre kostnad för en tjänst. Det var naturligtvis inte avsikten när man sammanförde verksamheterna. Efter den första tidens osäkerhet har dock det mesta löst sig och hela den gemensamt finansierade rehabiliteringsverksamheten ses allt mer av alla medaktörer som en gemensam resurs. För att nå hit har det gått åt en hel del tid och kraft, som mer direkt kunnat ägnas verksamheten med tydligare överenskommelser och bättre förankringsarbete före start.

Brandväggar som skall skydda respektive huvudmans verksamheter från dataintrång är en annan fråga som varit ganska knölig att hantera den här första tiden. En del av den information, som via intranäten sprids exempelvis till personalen vid Skene lasarett, behöver de av Samrehab rehabpersonal, som jobbar inom detta område, också kunna ta del av. Eftersom det inte finns någon policy eller några riktlinjer för hur man hanterar en verksamhet som egentligen inte passar in i det gängse, tog det lite tid innan alla berörda hade satt sig in i vad det handlade om. Tack vare några problemlösare på strategiska funktioner har det gått att hitta lösningar på det mesta. Med facit i hand borde förutsättningarna för IT-stöd lagts fast före start, eftersom IT numera är ett etablerat arbetsredskap och en förutsättning för att verksamheten skall fungera.

Med facit i hand hade också en överenskommelse mellan huvudmännen, före starten av Samrehab, om en ”fördelningsnyckel” för finansiering samt om hanteringen av de olika vårdavgiftssystemen inom Regionen och kommunerna underlättat den första tiden.

Vi måste bli bättre på att utvärdera

Utvärderingsprocessen har varit arbetsam. Ingen av oss som ingått i utvärderingsgruppen skulle ändå vilja ha det arbetet ogjort. Våra gemensamma reflektioner och diskussioner om vad effektiv rehabilitering egentligen är, har rent av givit lika mycket insikter som själva resultatet av datainsamlingen. Vi har många gånger återkommit till hur svårt det är att mäta, värdera och jämföra med andra. Antal besök och liknande är lätt att mäta men om vi vill få ökad kunskap om resultatet

av våra insatser och samverkansansträngningar, inte bara för den enskilde patienten utan för verksamheten i stort, är det betydligt svårare. Hur kan vi mäta och värdera effektiviteten? Hur kan vi få veta om den gemensamma rehabiliteringsverksamheten är mer effektiv än den tidigare organisationen? Vi har konstaterat att det tidigare gjorts för lite i våra verksamheter för att följa upp och utvärdera och vi inser att vi måste bli bättre på det. Både när det gäller att utvärdera vardagsarbetet och att mäta patientnyttan när vi försöker förbättra och utveckla verksamheten på olika sätt. Kanske kan vi tillsammans med andra verksamheter hitta gemensamma modeller ?

IDÉN OM EN SAMORDNAD REHABILITERINGSVERKSAMHET

Bakgrund

Rehabiliteringsinsatser skall främja bästa möjliga funktionsförmåga, livskvalitet och förutsättningarna för delaktighet i samhället. Insatser kan ges för att förbättra, vidmakthålla eller kompensera för nedsatt funktion och förmåga att klara det dagliga livets aktiviteter. Det kan innebära hjälp till att så självständigt som möjligt klara toalettbesök, laga sin mat, delta i social gemenskap, gå till banken, ha en meningsfull fritid, kunna förvärvsarbeta osv.

Ekonomiska aspekter framhålls också ofta som skäl för att satsa på rehabilitering. Förbättrad eller bibehållen funktion skall leda till större oberoende och därmed minskad kostnad för hemtjänst och särskilt boende eller för kostnader i samband med sjukskrivning.

Behovet av rehabilitering har ökat och förändrats under senare år. De äldre har blivit fler och i både Mark och Svenljunga har såväl behovet av som möjligheterna med rehabilitering lyfts fram. Den medicinska utvecklingen har inneburit bättre möjligheter till behandling men också ett ökat tryck på sjukvården. Livsstilsrelaterade problem med smärta, spänning och ökande sjukskrivningstal är ytterligare en orsak.

I Mark-Svenljungaområdet finns en lång tradition av samverkan mellan Skene lasarett, kommunerna och primärvården i området. LAPRIKO² styrgrupp, på förvaltningschefsnivå, har t ex samordnat vårdkedjearbete, faxrutiner, informationsöverföring och avvikelshantering. Det var också LAPRIKO styrgrupp som initierade och drev frågan om att samordna rehabiliteringsinsatserna i ett Samrehab.

Den första idén om ett Samrehab ligger en bit bakåt i tiden. I samband med utvärderingen av ÄDEL-reformen i mitten av nittioalet påvisades brister när det gällde rehabiliteringsinsatser för äldre och långvarigt funktionshindrade yngre. Socialstyrelsen ställde därför utvecklingsmedel till förfogande bl a med syfte att bidra till klargörande av ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun och utarbetande av förslag till fungerande samverkansformer. En arbetsgrupp bestående av representanter för kommun, länssjukvård och primärvård samt flera kompetensområden bildades inom Södra Älvsborgs hälso- och sjukvårdsområde. I arbetet med ansvarsgränserna kom

² LAPRIKO står för vårdssamverkan mellan Landsting (Skene lasarett), Primärvård (i Mark-Svenljungaområdet) och Kommun (Mark och Svenljunga). Vårdssamverkan är fr o m 2003 organiserad i REKO Sjuhärad, som är ett samarbete mellan Regionen och alla kommunerna i Sjuhärad.

arbetsgruppens diskussioner återkommande att fokuseras på den organisatoriska strukturen. Man kom fram till att lösningen skulle vara enkel om utgångspunkten för rehabiliteringsarbetet var den enskildes behov och inte huvudmannaskapsgränserna. ”Rehabilitering skall så långt möjligt ske i patientens närmiljö i samverkan mellan de olika aktörerna utan tanke på revirgränser och prestige”. Gruppen förordade att rehabiliteringen skulle ske i en samrehabiliteringsorganisation som finansieras gemensamt av landsting och kommun och där individen placeras i centrum. Centrum för insatserna föreslogs vara ett rehabiliteringscenter som drivs av huvudmännen i samverkan. Kostnaderna skulle fördelas mellan huvudmännen genom gemensam analys av rehabiliteringsarbetet under en specificerad period varje år.

Med ”Ansvarsgransgruppens” rapport och förslag 1996 som grund, fick sedan en ny arbetsgrupp i uppdrag att ta fram förslag till en gemensam organisation för rehabilitering i samverkan i Mark-Svenljungaområdet. Psykiatri samt syn- och hörselrehabilitering ingick inte i uppdraget. I huvuddrag utmynnade uppdraget i ett förslag om en Samrehaborganisation där arbetsterapi och sjukgymnastik inom de båda kommunerna Mark och Svenljunga, inom primärvården i området och vid Skene lasarett skulle ingå. Verksamheten skulle finansieras gemensamt av huvudmännen. Genom förändring i kommunallagen 1997 blev det möjligt att inrätta gemensamma nämnder för ”kompetensenlig” verksamhet. Utredningsgruppen föreslog att Samrehab skulle organiseras under en sådan gemensam nämnd. Denna skulle vara garanten för att kontakterna mellan huvudmännen fungerade så bra som möjligt.

Från uppdrag till beslut och start

Utredningsuppdraget om Samrehab var slutfört i oktober 1997. Det dröjde tre år innan respektive fullmäktige hade fattat beslut om att sätta den nya gemensamma rehabiliteringsverksamheten i sjön för att utveckla rehabiliteringen tillsammans. Detta hängde till stora delar samman med att dåvarande Älvsborgslandstinget inte kunde fatta avgörande beslut om organisationsförändringar inför den stundande Regionbildningen. Den politiska viljan till samverkan var fortfarande stark år 2000 men under de tre år som gått hade en hel del förändras vilket gjorde att många frågade sig om den ursprungliga idén om ett Samrehab fortfarande höll. Fanns behovet av fördjupad samverkan i ett Samrehab fortfarande kvar?

Samverkan i LAPRIKO hade fortgått och lett till bättre överenskommelser om avvikelshantering, informationsöverföring och vårdplaneringsrutiner där rehabiliteringsaspekterna beaktades mer tydligt. I vårdkedjearbetet hade arbetsterapeuter och sjukgymnaster sin givna roll och kunde också där bevaka att behoven av rehabiliteringsinsatser tydliggjordes.

Rehabenheten i Mark hade sedan 1995 framgångsrikt utvecklat en samordnad rehabverksamhet, där primärvårdens resurser för arbetsterapi ingick genom tjänsteköp. Gränsdragningsproblem fanns dock fortfarande, bl a för att sjukgymnastiken inte samordnats på motsvarande sätt. Både Mark och Svenljunga kommuner hade tagit emot landstingspatienter vid dagrehab och korttidsrehabavdelningar. Med det allt tuffare ekonomiska läget för kommunerna var man, åtminstone i Mark, inte längre beredd att fortsätta med detta utan ekonomisk ersättning från Regionen.

Flera av de personer som aktivt verkat för bildandet av Samrehab och/eller medverkat i utredningsarbetet hade hunnit byta arbetsuppgifter och fanns inte längre kvar i samma verksamhet.

Några hade bytt arbetsgivare och fanns inte ens kvar i närområdet. Detta innebar förstås en del svårigheter när det gällde att få svar på ”hur man tänkt” kring en del frågor, där det inte fanns något nedskrivet eller där det fanns utrymme för olika tolkningar.

All personal inom de arbetsterapi- och sjukgymnastikverksamheter som tänkts ingå i ett kommande Samrehab hade börjat ställa in sig på att det inte skulle bli något samverkansprojekt. Även om förslaget om ett Samrehab från början till stora delar byggde på erfarenheter och idéer hos dessa grupper, hade en del av de som arbetade med rehabilitering i området från början varit negativt inställda till en samlad rehabiliteringsverksamhet. Nu hade också många av de från början positiva börjat tröttna på att ständigt höra att inga beslut skulle tas om förändring av lokaler, inköp av redskap och utrustning, tillsättande av chefer mm i avvaktan på besked om Samrehab.

Bland de viktigaste förändringarna får nog ändå bildandet av Västra Götalandsregionen anses vara. Regionbildningen innebar att en ny beställar - utförarorganisation introducerades. Kunde idén om Samrehab förverkligas, så som man från början tänkt, i en sådan organisation?

I samband med Regionbildningen avtalade kommunerna och Regionen om ny gränsdragning för hälso- och sjukvårdsansvaret. Den så kallade ”14-dagarsregeln”, som gällt i Älvsborgs sedan ÅDEL-reformen 1992 försvann. Enligt denna hade kommunerna ansvar för hemsjukvårdsuppgifter med varaktighet mer än 14 dagar och för de rehabiliteringsinsatser som var aktuella för dessa personer. För patienter med långvariga funktionsproblem och stora men växlande behov av rehabiliteringsinsatser kunde fortfarande hamna ”mellan kommunens och primärvårdens stolar” och riskera bristande kontinuitet. När ”14-dagarsregeln” försvann blev det, enligt vår mening, något lättare att dra gränsen mellan primärvårdens och kommunernas ansvar för rehabilitering.

Efter hand hade det i stället blivit svårare att dra gränsen mellan rehabiliteringsansvaret på specialiserad, länssjukvårdsnivå nivå respektive basnivå än mellan kommunens och primärvårdens ansvar. Under senare år har medicinska framsteg, omstruktureringar i vården och korta vårdtider medfört att det ofta finns betydande behov av rehabilitering efter hemkomsten från sjukhuset.

Även om en del förutsättningar hade ändrats, så fattade man under år 2000 alltså äntligen beslut om att faktiskt genomföra Samrehabprojektet. Den tidigare organisatoriska strukturen, med gränser mellan huvudmännen, hade trots allt inneburit hinder för en optimalt fungerande rehabilitering i vissa avseenden.

I slutet av år 2000 bildades den gemensamma nämnden för Samrehab med politiska företrädare för Västra Götalandsregionen, Marks kommun och Svenljunga kommun.

BESKRIVNING AV SAMREHAB

Ansvarsområde

Nämndens ansvar regleras i Reglementet för Nämnden för Samrehab. Nämnden ingår i Marks kommuns nämndorganisation. Den har sju ledamöter och lika många ersättare. Av dessa tillsätts Västra Götalandsregionen tre ledamöter och tre ersättare, Marks kommun och Svenljunga

kommun två ledamöter och två ersättare vardera. Marks kommun utser bland sina ledamöter en ordförande, Västra Götalandsregionen utser en förste vice ordförande och Svenljunga kommun en andre vice ordförande. Nämndens ansvar omfattar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret innefattar det som annars skulle åvila SÄS verksamhet vid Skene lasarett, Marks och Svenljunga kommun och Primärvården i området. Enligt reglementet skall nämndens förslag till verksamhetsplan och budget föregås av samråd mellan de samverkande huvudmännen.

Samrehab riktar sig huvudsakligen till invånare i Mark och Svenljunga men även andra, utifrån det fria vårdvalet inom Västra Götaland. Verksamheten ansvarar för specialiserad rehabilitering inom ramen för länssjukvårdens ansvar samt rehabilitering och habilitering på basnivå inom primärvårdens och kommunernas ansvar. Ansvaret omfattar också de äldreboenden och den hemtjänst som bedrivs på entreprenad inom de båda kommunerna.

Fakta Marks kommun 2002

Antal invånare: 33 015
Antal personer 65-79 år: 4 254
Antal personer 80 år och äldre: 2 064
Antal särskilda boendeplatser: 328
gruppboendeplatser, 293 servicelägenheter
Antal korttidsplatser vid korttidsboende: 40 varav 8
för rehabilitering
Antal inskrivna i kommunal hemsjukvård: 1 096³



Fakta Svenljunga kommun 2002

Antal invånare: 10 529
Antal personer 65-79 år: 2 056
Antal personer 80 år och äldre: 682
Antal särskilda boendeplatser: 198
Antal korttidsplatser vid korttidsboende: 17 varav 5
för rehabilitering (vid vart och ett av kommunens 5 särskilda
boendena med permanentplatser finns därutöver ytterligare
minst 1 (en) korttidsplats i ett mycket flexibelt synsätt)
Antal inskrivna i kommunal hemsjukvård: 330⁴

Primärvården

6 vårdcentraler med 26,2 inrättade distriktsläkartjänster, varav 21,25⁵ fn är besatta med ordinarie läkare.

³ Våren 2003

⁴ Våren 2003

⁵ Våren 2003

Skene lasarett

5 vårdavdelningar (inklusive 1 akutuårdsavdelning) med totalt 76 vårdplatser

10 platser för ortopedi

8 platser för kirurgi

58 platser för medicin

Flera specialistmottagningar, bl a för reumatologi och neurologi

Dialysenhet invigdes våren 2003

Många sjukdomar och skador kräver insatser av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Patienter inom de flesta diagnosområden och åldersgrupper skall tas om hand i verksamheten.

De vi möter mest kan indelas i följande huvudgrupper:

- Personer i alla åldrar som är i behov av specialiserade rehabiliteringsinsatser under vårdtid vid Skene lasarett eller polikliniskt efter primärt omhändertagande i slutenvård (Skene lasarett eller annat sjukhus). Som exempel kan nämnas patienter med höft- och knäplastiker, handskador, hjärtinfarkt och patienter i palliativ vård.
- Äldre och yngre personer med långvariga funktionssvårigheter. Vanliga diagnoser är stroke, MS och höftfraktur samt geriatriska sjukdomar och funktionsproblem pga inaktivitet.
- Kvinnor och män i yrkesverksam ålder med företrädesvis rygg- och nackbesvär, övriga ledbesvär samt smärtproblematik, inte sällan av psykosomatisk karaktär

Mål och värderingar

Mål och värderingar är fastställda av nämnden för Samrehab. En del fanns tidigare i de olika verksamheterna, en del formulerades under utredningsarbetet och beslutsprocessen medan annat har arbetats fram inom Samrehabförvaltningen efter start.

Grundläggande värderingar

- Gemensamma, nationella värderingar som kommer till uttryck i Hälso- och sjukvårdslagen, t ex
 - god vård på lika villkor
 - rehabilitering och habilitering skall erbjudas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda individens värdighet
 - insatserna skall grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet
- Utgångspunkten för all rehabilitering skall vara den enskildes behov.
- Den enskildes behov skall avgöra vilken kompetens som krävs för att tillgodose de behov som finns i samband med rehabilitering.
- Insatserna skall ges på bästa effektiva omhändertagandenivå i en väl fungerande rehabiliteringskedja.
- Personalen skall i sitt arbete inte fundera på om de arbetar åt landstinget eller kommunen.
- Samverkan är nyckeln till värdeskapande processer.

Mål för rehabiliteringsarbetet

- Bästa möjliga funktionsförmåga, oberoende och livskvalitet för den som drabbats av nedsatt eller förlorad funktion och förmåga att klara det dagliga livet (ADL), t ex
 - tvätta sig och klä sig
 - laga sin mat och sköta sitt hem
 - umgänge med familj och vänner
 - arbete och meningsfull fritid
- Snabbare arbetsåtergång vid sjukskrivning.
- Bättre förutsättningar till kvarboende i ordinärt boende.
- Minskat eller uppskjutet behov av hemtjänstinsatser.
- God omvårdnad och symtomlindring vid palliativ vård.

De samverkande huvudmännens övergripande mål för Samrehab

- Effektiv rehabilitering av hög kvalitet till lägre kostnad genom samordning, gemensamma strategier, enhetliga rutiner, bättre resursutnyttjande och specialisering. Ökande behov av rehabilitering skall kunna mötas utan stora resurstillskott.
- Obruten rehabkedja.
- Ingen som behöver rehabilitering skall behöva hamna mellan stolarna eller bollas runt i systemet.

Samrehabnämndens inriktningsmål

Vårt arbete skall

- Genomsyras av patientnyttan och hälsoperspektivet.
- Främja den enskildes egenansvar och delaktighet.
- Medverka till att ett rehabiliterande synsätt sprids och förstärks i vår samverkan med övrig vård och omsorg.
- Utmärkas av hög kompetens som efterfrågas och tas tillvara i ökad utsträckning såväl inom sjukvård och omsorg som i hälsofrämjande och förebyggande arbete.
- Präglas av en strävan efter tydlighet, samsyn, helhetssyn och ständigt lärande.
- Bedrivs med väl definierade mål.

De grundläggande värderingarna och målen skall aktivt hållas levande och vara en röd tråd vid all planering och vid all uppföljning av verksamheten och den enskildes rehabilitering. Leder de beslut vi fattar och de åtgärder vi vidtar i rätt riktning?

Organisation

Bildandet av Samrehab skulle göra det möjligt för arbetsterapeuter och sjukgymnaster att arbeta med patientens behov av insats som utgångspunkt utan att begränsas av huvudmannaskapsgränser. I den organisation som föreslogs i samband med utredningen om Samrehab 1997, utgjorde tanken om en sammanhållen basrehabilitering grunden. Inför starten restes frågan om den modellen fortfarande var optimal.

1997 diskuterades fr a gränsen mellan primärvårdens och kommunens ansvar för rehabilitering. Detta hängde till stora delar samman med de komplikationer som den s k 14-dagarsregeln ledde till. När besluten om att starta Samrehab fattades under år 2000 hade gränsdragningsproblemen i allt större utsträckning, som tidigare nämnts, kommit att gälla ansvarsgränsen mellan läns-sjukvården och den primära nivån, oavsett huvudmannaskap.

Samrehab kom att omfatta alla resurser för arbetsterapi och sjukgymnastik inom det geografiska området Mark och Svenljunga, inte bara rehabilitering för äldre och långvarigt funktionshindrade. Organisationen behövde därmed formas så att den gav förutsättningar för samordning och fungerande rehabiliteringskedjor, där det är väsentligt, men också så att inte onödig kraft slösas på samordning där det inte behövs. Hur ställer sig t.ex. patientens behov av kontinuitet till behovet av kompetens? Kan en hög kompetens upprätthållas om alla jobbar med allt och hur skall i så fall den stora tidsåtgången för informationsutbyte mellan alla olika aktörer hanteras? Resurserna för chefskap och ledning begränsade i viss mån våra möjligheter.

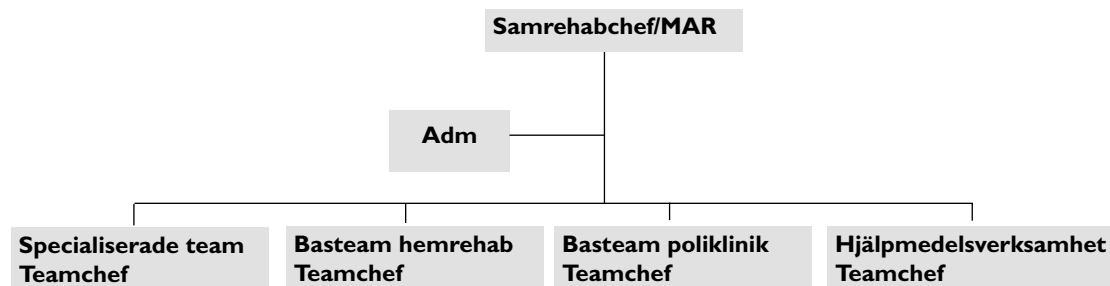
Före Samrehabstarten såg organisationen av arbetsterapi- och sjukgymnastikresurserna lite olika ut inom de verksamheter som kom att ingå i Samrehab. I de båda kommunerna fanns redan en organisation med rehabteam där arbetsterapeuter, sjukgymnaster och rehabassistenter tillsammans hade ansvar för var sitt geografiskt område. I Marks kommuns rehabteam ingick dessutom sedan 1995 primärvårdens resurser för arbetsterapi via tjänsteköpsavtal. Vid Skene lasarett var arbetsterapeuter och sjukgymnaster organiserade i var sin enhet med var sin chef. Inom primärvården var sjukgymnasterna i Mark organiserade under respektive vårdcentralschef med en ”förste sjukgymnast” vid vardera enheten. I Svenljunga fanns arbetsterapeuter och sjukgymnaster också på samma sätt i vårdcentralens organisation men med var sin ”förste” arbetsterapeut respektive sjukgymnast.

I utredningen 1997 var tanken om att Samrehabmodellen skulle bygga på teamarbete viktig och stark. Samverkan skulle alltså inte bara förstärkas över huvudmannaskapsgränserna utan också mellan arbetsterapi och sjukgymnastik.

Slutligen beslöt nämnden att organisera Samrehab utifrån de olika nivåer av rehabiliteringsinsatser som patienten kan ha behov av. En grundläggande tanke i Samrehab är att insatser skall ges på den omhändertagandenivå som bäst främjar den enskildes möjlighet till ”normalisering”, exempelvis arbete, meningsfull fritid, kvarboende i den ordinära bostaden och största möjliga grad av självständighet. Organisationsmodellen är tänkt att ge förutsättningar för ett effektivt arbetssätt samt upprätthållande och utveckling av hög kompetens.

- Basteam för polikliniska insatser (mottagningar finns i fyra orter i vårt område)
- Basteam för hemrehabilitering (fyra team med ansvar för dagrehab och hemrehab inom var sitt geografiska område samt korttidsrehab). Här ingår också basrehabilitering.
- Specialiserade team (medicinteam, ortopedteam, stroteteam)
- Hjälpmedelsverksamhet (tekniker och förrådspersonal)

För varje verksamhetsdel ansvarar en ”teamchef”.



Figur 1. Samrehab's organisationsmodell.

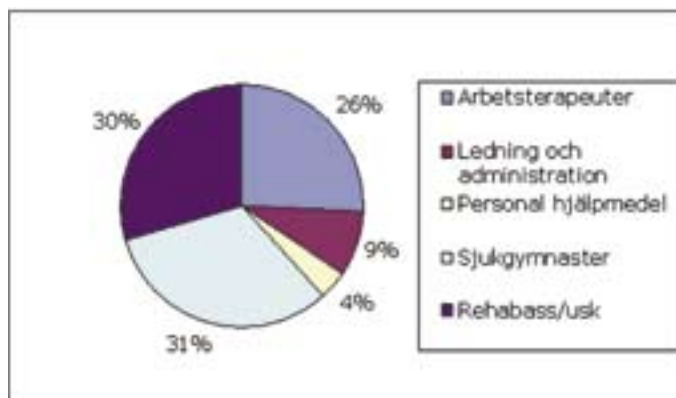
För att inte gränserna mellan verksamhetsdelarna skulle utgöra nya hinder för effektiv och väl-fungerande rehabilitering fick såväl chefer som medarbetare inom Samrehab ett tydligt uppdrag och mandat att arbeta och samarbeta över verksamhetsgränserna när det behövs för att rehabiliteringsprocessen skall fungera på bästa sätt utifrån patientens behov.

Personal

Årsarbetare 73,75
 Totalt antal anställda: 81 varav:

- Arbetsterapeuter 21
- Assistent/ sekreterare 2
- Hjälpmedels-tekniker 1
- Personal hjälp-medelsförråd 2
- Rehabass/usk 24
- Samrehabchef 1
- Sjukgymnaster 26
- Teamchefer 4

(arbetsterapeuter och sjukgymnaster; kliniskt arbete ingår delvis)



Figur 2. Personalfördelningen, Samrehab.

Ekonomi

Samrehab har för år 2003 en nettobudget på ca 39 000 tkr. Marks kommuns andel av finansieringen är i nuläget 48 procent, Västra Götalandsregionens andel 41 procent och Svenljunga kommuns andel 11 procent. De samverkande huvudmännen har hittills tillfört, uppräknat per år, de resurser som respektive rehabiliteringsverksamhet förfogade över före starten av Samrehab. Någon egentlig ”fördelningsnyckel”, som kan användas exempelvis vid beräkning av vars och ens andel i finansieringen av eventuell utökad verksamhet eller andra kostnadsökningar, finns ännu inte fastlagd. Arbetet med att formulera en sådan har dock påbörjats.

Förberedelser

När beslutet om Samrehab var fattat av de båda kommunfullmäktige och regionfullmäktige började förberedelserna för den nya verksamheten. Rehabchefen i Marks kommun, projektanställdes på deltid för uppgiften. Nämndens för Samrehab första ”konstituerande” sammanträde ägde rum den 21 november 2000. Personal, ekonomi och anpassning av förslagen i utredningen till den aktuella situationen identifierades som de viktigaste områdena för förberedelsearbetet. I nämndens reglemente och avtalet mellan huvudmännen gjordes en del förändringar utifrån detta. Det hade ju, som vi tidigare påpekat, gått lång tid mellan utredning och beslut och en del förutsättningar gällde inte längre.

Rekryteringen av förvaltningschef för Samrehab genomfördes under våren och tjänsten tillträdde 1 maj.

Personal

Personalcheferna hos respektive huvudman och projektledaren samverkade för att ta fram en överenskommelse om vilka anställningsförhållanden som skulle gälla för den personal som, med starten av Samrehab, gick över till en anställning i den nya verksamheten och Marks kommun. Utgångspunkten var att alla skulle omfattas av så likvärdiga förhållanden som möjligt. Bland personalen fanns, naturligt nog, mycket oro och rädsla i samband med detta. När den skickliga personalbilagan hade sammanställts och förhandlats med fackliga representanter fick all berörd personal ett erbjudande om projektanställning i Samrehab under försöksperioden, vilket alla tackade ja till. (Samtliga fick dock samtidigt behålla sina anställningar hos tidigare huvudman och beviljades tjänstledigt från dessa).⁶ All personal i Samrehab kom därmed att omfattas av den policy, de anställningsvillkor och riktlinjer för personalfrågor som gäller i Marks kommun. Marks kommun skall också ansvara för lönerrevisionen för samtliga anställda under projekttiden. Lönekriterier mm skall gälla lika för alla. Det kunde annars bli svårhanterligt om arbetskamrater som arbetar sida vid sida skulle bedömas och belönas på olika sätt.

Ekonomi

När det gällde finansieringen av Samrehab, hade representanter för huvudmännen, en tid före beslutet om Samrehab och med utgångspunkt från utredningen, gjort en ekonomisk beräkning som syftade till att hitta en procentuell ”fördelningsnyckel” för Samrehabs finansiering. Denna ”fördelningsnyckel” kunde dock, av olika skäl, inte gälla när beslutet fattades hos respektive huvudman. Ekonomicheferna bildade, på samma sätt som personalcheferna, en arbetsgrupp tillsammans med projektledaren. Gruppen såg till att till exempel personalkostnaderna beräknades på samma sätt, gick igenom alla intäkter och utgifter, kontrollerade och justerade.

⁶ Personal som nyanställs under försöksperioden blir projektanställd i Samrehab. Om Samrehab skulle upphöra vid utgången av 2005 övergår projektanställningen till en tillsvidareanställning hos den huvudman till vars rehabiliteringsansvar den aktuella tjänsten kan hänföras.

När regionfullmäktige fattade beslut om Samrehab anslogs medel för en geriatriker som skulle knytas till Samrehab. Dessutom gjordes en politisk överenskommelse om att Regionen skulle tillföra Samrehab 1 500 000 kr/år som ersättning för de rehabiliteringsinsatser som tidigare hade utförts med kommunala medel för regionpatienter.

För introduktion i den nya verksamheten fanns ca 1000 kr/person till förfogande. I övrigt anslogs inga särskilda projektmedel, t ex för utvecklingsarbetet i sig, för uppföljning och utvärdering osv.

Ny förvaltningsadministration

Våren 2001 påbörjade alltså en helt ny förvaltning med egen verksamhetschef och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) sitt arbete. Det var ett spännande och lärorikt ”nybyggararbete” med anmälan av ny verksamhet till Socialstyrelsen, delegationsordning och dokumenthanteringsrutiner som skulle fastställas, diarium och arkiv som skulle upprättas osv. Att forma de administrativa rutinerna tog en hel del tid i anspråk den första tiden, särskilt som frågan om ekonomistöd och personaladministrativt stöd till Samrehab var ofullständigt reglerat i avtal och reglemente.

Introduktion

2 maj 2001 som var den första vardagen i den nya verksamheten, samlades alla Samrehab 80 anställda för att starta det nya med en heldag tillsammans. Nämndens ordförande inledde dagen tillsammans med förvaltningscheferna som förut varit ansvariga för respektive huvudmans rehabiliteringsverksamhet. De markerade delaktighet i samverkansprojektet och sin vilja att verka för att utvecklingen i de olika förvaltningarna skulle gå i takt med utvecklingen i Samrehab och vice versa.

Dagen ägnades sedan åt att i blandade grupper fundera över möjligheter och hot, styrkor och svagheter. I följande sammanfattning redovisas resultatet.

Möjligheter/styrka

- en huvudman för en organisation med stor samlad kompetens och gemensamt fokus på rehabilitering
- närhet till politikerna
- stort nätverk när alla tar med sig sina kontakter till Samrehab, ger stor bredd
- ökad möjlighet till specialisering
- möjlighet att utveckla insatser för ”udda” eller ”glömda” grupper
- förenklad hjälpmedelshanteringen (kanske inte behöva skilja på kommun- och landstingsansvar)
- förenklad rapportering och informationsöverföring mellan vårdnivåer
- ”mjukare” utslussning från lasarettet
- gemensamma vårdprogram, behandlingsriktlinjer, handlingsprogram, kvalitetsarbete
- gemensamma utvärderingsinstrument
- lättare ta kontakt när man känner varandra

Hot/farhågor

- stor organisation, mycket människor; ingen får glömmas bort, viktigt att kunna ha vi-känsla
- stora avstånd, teamcheferna har inte lika nära till alla
- för mycket administration och byråkrati
- nya sekretessgränser för patientjournalen
- geriatrisk rehabilitering får dominera Samrehab; vi får inte "glömma" de yngre, behov att utveckla träningsgrupper
- risk för "sektorisering", teamcheferna måste samverka
- teamcheferna kan bli för splittrade när de också ska jobba kliniskt
- otrygghet om man måste täcka upp för varandra och "flänga runt"
- Svenljunga får flest patienter från Borås, inte från Skene; hur hantera detta?
- viktigt behålla samarbetet med andra yrkesgrupper, inte minst läkare
- man får vara med och finansiera "andras" (andra delar av Samrehab) utrustning och kurser och inte använda de anslagna medlen enbart för den egna (tidigare) enheten på samma sätt som förut
- inte förlora det samarbete som redan fungerar bra
- olika avgifter
- hur mycket kommer patienten att märka, svårt beskriva vad man vunnit eftersom verksamheten inte är beskriven och utvärderad inför ingången i Samrehab

Rekrytering av Teamchefer

Under maj månad rekryterades teamcheferna. Det var från början bestämt att dessa skulle rekryteras internt bland Samrehabs arbetsterapeuter och sjukgymnaster. De fyra teamcheferna tillträdde sina anställningar 1 juli 2001.

Uppstart

Efter semesterperioden samlades alla igen till två heldagar för att lära känna varandra och för att arbeta med vision, mål och gemensamma värderingar. Uppgiften var också att ta fram en handlingsplan för den närmaste tiden. Två personalkonsulter medverkade för att hjälpa till med uppgiften. Dagarna ägnades åt måldiskussioner, funderingar kring vad ett team är, hur vi skall förhålla oss till varandra och organisera vårt vardagsarbete och en hel del annat. Fokus var inställt på hur vi skulle få den nya samverkan att fungera på bästa sätt och därmed underlätta det som är själva huvuduppgiften, nämligen att "med gemensamt ansvar och förenade krafter åstadkomma en effektiv rehabilitering av hög kvalitet".

Utifrån diskussionerna i de olika arbetsgrupperna fick vi fram en diger åtgärdslista. Den innehöll dels relativt enkla praktiska uppgifter såsom sammanställning av adresslistor, månadsblad och kompetens- och intresseområden. En del frågor, såsom behovet av gemensam hjälpmedelsbudget för kommun och landsting, överrapporterings- och utskrivningsrutiner från sjukhuset, samordning av avgifterna för rehabinsatser mm, var lite knepigare. Åtgärdslistan innehöll också punkter om hur vi själva skulle kunna förändra våra attityder, hantera revirgränser och olika kulturer för att kunna arbeta utan hindrande gränser.

Vi fick en bra grund för det fortsatta arbetet. Flera arbetsgrupper bildades och dessa träffades sedan en eller flera gånger för att jobba vidare med vissa frågor. Ur personalens synvinkel var det egentligen först här som Samrehab startade på allvar. Efter den första introduktionsdagen kom ju semesterperioden ganska snart och det var inte möjligt att dra igång utvecklingsarbete i någon större omfattning.

Den första tiden

Den nya organisationen innebar initialt i sig nästan ingen förändring i vardagsarbetet med patienterna för den enskilda arbetsterapeuten eller sjukgymnasten, förutom att begreppen ”landstings-” och ”kommunpatient” inte längre var styrande för insatsen. Däremot skulle den personal som tidigare inte varit anställd i Marks kommun anpassa sig till rutinerna hos en ny arbetsgivare, vilket inte bara går av sig självt. Det var nya blanketter för ledighetsansökan och tidsrapportering, ny personalavdelning att etablera kontakt med o.s.v. Det dök också upp en mängd frågor om vilka kuvert man skulle använda, hur frankeringen fortsättningsvis skulle gå till, om man kunde använda t ex vårdcentralens kopieringsapparat fortfarande och en mängd liknande frågor. Det geografiska avståndet mellan respektive rehabiliteringsverksamheter i Svenljunga och Mark innebar, och kommer även framgent att innebära, mer restid för arbetsplatsträffar, arbetsgrupper mm.

Personalen i Samrehab kunde emellanåt känna sig ”utanför” när man inte längre hörde till sjukhusets, primärvårdens eller socialförvaltningarnas organisation. Pga regler och riktlinjer som är förknippade med ekonomiskt ansvar för respektive verksamhet sågs t ex den rehabverksamhet som SÄS tidigare bedrivit vid Skene lasarett plötsligt som extern kund i vissa avseenden. En del gamla invanda informationsvägar fungerade inte längre som förut. Dessa frågor hade ingen egentligen funderat över före starten av Samrehab. Det fanns inga ”spelregler” för hur den nya situationen skulle hanteras och det krånglade till vardagen ganska rejält. Allt det där som bara flöt på tidigare blev till grus i maskineriet. Det tog tid och gjorde det delvis svårt att hålla fokus på patienterna och uppdraget med Samrehab innan man hittat en lösning.

Efter hand har de flesta av de här ”kullerstenarna” kunnat röjas undan. Samrehab är i allra högsta grad delaktig i planering på ledningsnivå och rehabpersonalen ingår naturligt i de team som finns kring den enskilde. Varje verksamhetsdel i Samrehab har definierat vilken information som är väsentlig och avgörande för att arbetet skall kunna bedrivas effektivt. I viss mån har Samrehabs personal fått acceptera och hantera att man inte längre har tillgång till all den information som man fick i den tidigare organisationen. I gengäld får man mer information om det som händer inom andra delar av rehabiliteringskedjan.



Figur 3. Samrehab's logotype.

Även om all personal är anställd i Marks kommun, som också är ytterst ansvarig för verksamheten, är Samrehab en för de samverkande huvudmännen gemensam verksamhet. Som ett led i att stärka det gemensamma togs en egen logotype för Samrehab fram. Den används i skrivelser, brev på kuvert och arbetskläder mm.

Ett annat exempel på ”gemensamhetsfrågor” är arbetet med att ta fram gemensamma lönekriterier. Det var inte bara viktigt för att alla skulle bedömas lika ur rättvisesynpunkt, utan också för att vi skulle vara överens om vad som ska värderas och belönas utifrån ett verksamhetsperspektiv.

Mycket tid har initialt ägnats åt att kartlägga och beskriva de olika verksamheterna. För att veta vilken väg vi skulle gå behövde vi förstås veta var vi befann oss. Vilka övergripande och årsvisa mål hade formulerats tidigare? Fanns de i så fall beskrivna i någon form av styrdokument och hur följdes de upp? Vilka prioriteringar gjordes och fanns det tydliga och gemensamma riktlinjer för dessa? Hur kopplades kompetensutvecklingsplaner till målen för verksamheten? Hur såg samverkan med andra verksamheter kring den enskilde ut och hur prioriterades detta i förhållande till andra arbetsuppgifter? Fanns det någon samsyn om vilka patienter som skulle tas om hand på specialiserad respektive basnivå?

Det visade sig att en hel del av detta var otydligt och otillräckligt beskrivet och såg lite olika ut i olika verksamheter. Det fanns övergripande mål för socialtjänst/äldre- och handikappomsorg i kommunerna, för primärvården och SÄS. För en del diagnosområden fanns dessutom vårdprogram och behandlingsriktlinjer, fastlagda bl a utifrån vårdkedje- och terapilinjearbete, men några egentliga och fullständiga verksamhetsplaner just för respektive rehabiliteringsverksamhet fanns inte i någon av verksamheterna. En av de första uppgifterna i Samrehab blev alltså att påbörja arbetet med att försöka ta fram sådana för att få en gemensam förståelse för uppdraget och resursanvändningen. Det arbetet har helt naturligt tagit en hel del tid i anspråk och personalen har många gånger ansett att det tagit för mycket tid från det direkta patientarbetet. Avsikten och förhoppningen är givetvis att detta ändå skall leda till att de nu gemensamma resurserna används på ett mer effektivt sätt än tidigare. Styrgruppen för Samrehabprojektet, lasrettschef, primärvårdschef och de båda socialcheferna formulerade detta på följande sätt redan under hösten 1997. ”Vi är fullt medvetna om att projektet kommer att ta resurser i anspråk i det dagliga arbetet men för alla som kommer att vara involverade i projektet är det viktigt att lyfta blicken över vardagen och våga se en annan bild av rehabiliteringen som ger ett framtidsperspektiv”.

Pågående utvecklingsarbete

I detta avsnitt ger vi några exempel på sådant som pågår i verksamheten för närvarande. En del punkter hade förmodligen varit aktuella även utan Samrehab men utan det gemensamma uppdraget hade arbetet sett annorlunda ut.

Patientarbetet

- Strokedrabbade är en grupp patienter som behöver insatser inom flera vårdnivåer, av flera professioner och under lång tid. Här är behovet av samverkan mellan olika vårdnivåer tydligt. I

⁷ Den som vill veta mer kan kontakta linda.augustsson@mark.se

Samrehab provar nu arbetsterapeuter och sjukgymnaster från både specialiserad nivå och basnivå att arbeta tillsammans i en för oss ny form av omhändertagande.⁷

- I våra dagrehabiliteringsgrupper tas såväl ”landstings-” som ”kommunpatienter” om hand. (Det gäller för övrigt också vid våra korttidsrehabavdelningar.) Vi har nu under ca ett års tid provat en ny modell med betydligt större grupper än tidigare, enligt koncept från Högsbo sjukhus i Göteborg. Det har hittills fungerat väldigt väl. Både patienter och personal är mycket nöjda med modellen och resultaten.⁸

- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom den polikliniska verksamheten har satsat hårt på att samarbeta kring och utveckla omhändertagandet för personer med långvarig, godartad smärta och stressproblematik. Vi har bl a fått medel från Försäkringskassan för att prova ett kognitivt angreppssätt.⁹

- Vi kämpar för att korta långa väntetider till poliklinisk sjukgymnastik. Prioriteringar, hjälp till egenvård och egen träning, tydligare målsättning och patientens egen aktiva medverkan är något av det vi ser över.¹⁰

- Inriktningen i äldreomsorgen att underlätta kvarboende i ordinärt boende och stödja självständighet (”det normala”) är ett mål också för Samrehab. När platsantalet vid Rehabcenter¹¹ anpassades till beläggningsgraden frigjordes en del resurser. Dessa har vi använt till att förstärka hemrehabiliteringen med syftet att utveckla den aktiva funktions- och aktivitetsträningen i den enskildes hem. Vår uppfattning och erfarenhet är att detta kan låta sig göras med gott resultat.

- Vid Skene lasarett har nu inrättats ett flertal specialistmottagningar, bl a för reumatologi och neurologi. Till ett par av dessa knyts också arbetsterapeut och sjukgymnast från Samrehab. Det ger nya möjligheter att utveckla mer specialiserad kompetens som kan komma många av våra patienter tillgodo.

- Vi försöker definiera vad som skall betraktas som en ”specialiserad rehabiliteringsinsats” och vad som skall utföras på ”basnivå”. När behöver patienten den enes eller andres kunskap och kompetens? Vi har hunnit en bit men har mycket kvar. Hur vi än bestämmer måste det ibland, precis som i så många andra frågor, finnas utrymme för flexibilitet utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

Hjälpmedel

- Samrehab har, fr o m 2003, budget och kostnadsansvar för samtliga hjälpmedel som förskrivs till invånare i Mark och Svenljunga, oavsett huvudmannaskap, inom vår verksamhet eller med annan som vi gjort överenskommelse med. Vi tror att det kommer att gagna brukaren eftersom vi också här kommer att kunna utgå ifrån patientens behov i större utsträckning. Samtidigt kommer det att gagna verksamheten på så sätt att hanteringen blir effektivare. Den besöksavgift som Västra Götalandsregionen inför vid halvårsskiftet 2003 för hjälpmedelsutprovning kan dock

⁸ Den som vill veta mer kan kontakta kristina.suvari@mark.se

⁹ Den som vill veta mer kan kontakta ingegerd.thornquist@mark.se eller heidi.lind@mark.se

¹⁰ Den som vill veta mer kan kontakta lena.zetterberg@mark.se

¹¹ Samrehab korttidsrehabavdelning i Mark

medföra en del komplikationer.

- De hjälpmedelsavtal som tecknats mellan å ena sidan Hjälpmedelsförvaltningen i Västra Götalandsregionen och å andra sidan kommunerna och primärvården i Västra Götaland, och som började gälla i slutet av förra året respektive 1 jan i år , har inneburit mängder av nya rutiner. Beställningen av hjälpmedel sker nu dessutom via webSESAM¹². Ett för oss nytt och än så länge långsamt fungerande och inte fullt ut anpassat program. De flesta är nog ändå överens om att när det väl fungerar som det skall, kommer det att underlätta och ge en bra överblick över den enskildes hjälpmedelsförsörjning.

Närsjukvård

- SÄS kommer tillsammans med Primärvården i Södra Älvsborg samt Mark och Svenljunga kommuner att inleda arbete med att tillsammans definiera vårdinnehållet vid Skene lasarett ur ett närsjukvårdsperspektiv. Det är både intressant och spännande eftersom närsjukvårdstanken ligger nära grundidén för Samrehab. Samrehab kan kanske på sikt komma att ingå i en större samverkan över huvudmannaskapsgränserna.

Läkarresurs

- Vid starten av Samrehab anslogs medel för en heltids geriatriker till Samrehab. Denna läkares uppgift skall vara att utveckla en ny läkarroll, som direkt kopplas till rehabiliteringsverksamheten, i syfte att föra in och förstärka läkarmedverkan i de olika aspekterna och faserna av rehabiliteringen. Resurserna har ännu inte kunnat tas i anspråk. Trots flera rekryteringsförsök har vi inte lyckats knyta någon läkare till verksamheten. Det har periodvis även varit svårt att besätta läkartjänster inom primärvården och vid Skene lasarett med ordinarie läkare. Det innebär att det inte alltid finns tid för den läkarmedverkan som vi skulle önska. Läkarkompetensen behöver tillföras rehabiliteringsarbetet i större utsträckning än idag, inte minst vid bedömning och målsättning. Vi arbetar således fortfarande på att finna en läkare som är intresserad av att utveckla och prova en något annorlunda läkarroll.

Lokaler

- Sedan ganska lång tid tillbaka finns ett förslag att samlokalisera de av Samrehab verksamheter som lokalmässigt finns på olika ställen inom Skene lasarettbyggnad (den arbetsterapi och sjukgymnastik som lasarettet tidigare ansvarade för, en del av f d primärvårdens sjukgymnastik samt f d Marks kommuns rehabenhet). Förutom att resurser bättre kan samutnyttjas kommer själva närheten till varandra att bidra till en ökad förståelse och samsyn. Vi räknar med att beslut om samlokaliseringen fattas runt halvårsskiftet 2003.

Sekretessgränser och gemensam journal

- När den nya förvaltningen Samrehab startade, uppstod från den ena dagen till den andra en

¹² Dataprogram för beställning, registrering och annan administration av hjälpmedel

ny gräns mellan arbetsterapi och sjukgymnastik å ena sidan och den vårdpersonal man arbetade nära på sjukhuset, vårdcentralen eller i den kommunala vården å den andra. Det innebar att flera invanda, enkla och väl fungerande rutiner för rapportering och informationsöverföring inte utan vidare kunde praktiseras. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster vid Skene lasarett kunde t ex inte heller längre dokumentera i den gemensamma patientjournalen. Nya rapporteringsrutiner, som huvudsakligen bygger på patientens medgivande, fungerar nu tillfredsställande men kan inte helt överbrygga nackdelen med sekretessgränserna. Här återstår en del arbete.

- Vid bildandet av Samrehab föll i gengäld sekretessgränsen mellan de ingående rehabiliteringsverksamheterna och fr o m 2003 dokumenterar arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom hela rehabiliteringskedjan i gemensam datajournal. När en person kommer till sjukhuset och tidigare haft hemrehabilitering, kan det specialiserade rehabteamet direkt via patientjournalen få en bild av hur patienten fungerat tidigare. På samma sätt kan överföringen av information vid hemgång från sjukhuset bli enklare och säkrare. Vi arbetar nu med att utveckla den gemensamma strukturen för journalskrivning. Förhoppningsvis skall det leda till säkrare information och bättre helhetsperspektiv i rehabiliteringsprocessen.

UTMANINGAR

Samsyn och samarbete i Samrehab

Samverkan, samordning och liknande begrepp har genom hela utrednings-, planerings- och utvecklingsarbetet varit centrala. Men vad betyder de egentligen? Marie Fridolfs¹³ tolkning gör det lättare att beskriva och diskutera en av Samrehabs största utmaningar. Modellen har vi använt i verksamheten som en illustration till begreppen och vårt uppdrag.



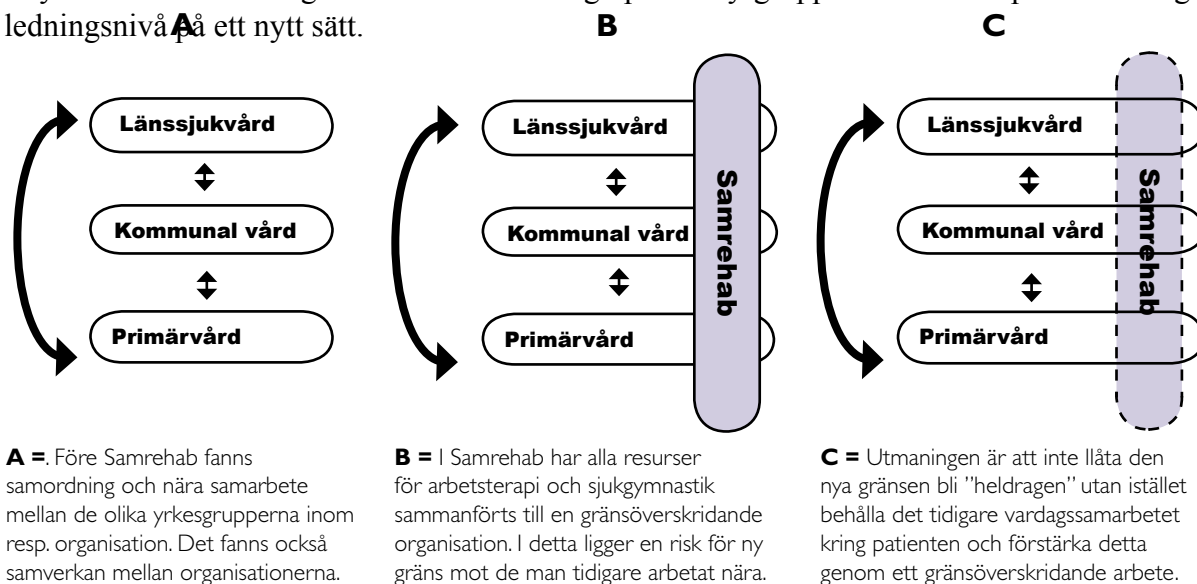
Figur 4. Modell över olika former och tolkningar av integration enligt Marie Fridolf (2002).

¹³ Se referenslista.

Samrehab har givits vida och öppna möjligheter till samordning av rehabiliteringsarbetet över huvudmannaskapsgränserna, utifrån brukarens behov, genom de mål, värderingar och riktlinjer som utformats av ägarna och den gemensamma nämnden. Den stora utmaningen för verksamheten är nu att använda denna möjlighet till att uppnå samsyn och ett flexibelt och fruktbart samarbete, inom Samrehab men även med våra medaktörer. Detta går dock inte alldeles av sig självt. Man måste ”stöta och blöta” olika åsikter för att få en gemensam förståelse och kunna planera tillsammans. Det tar tid och kraft. Processen är inte heller enkel eftersom den med nödvändighet innebär ett ifrågasättande och en omprövning av invanda rutiner och arbets sätt. Marie Fridolf visar att det behövs betydande kraft och ihärdigt arbete om man vill åstadkomma att inte bara handling utan också värderingar och attityder förändras. Det förutsätter också vilja och acceptans. Detta sammantaget ställer krav på att vi försöker värdera om och när det är ”värt besväret”. Detta är en av de viktigaste uppgifterna för Samrehab under försöksperioden.

Samsyn och samarbete med andra verksamheter

Genom att Samrehab är en egen förvaltning har rehabiliteringsfrågorna lyfts upp och fått större utrymme. Rehabiliteringsverksamheten har tagit plats i styrgrupper och samråd på förvaltningsledningsnivå på ett nytt sätt.



Figur 5. Modell över Samrehabs samsyn och samarbete med andra verksamheter.

Med Samrehab suddades gränserna ut mellan huvudmännen avseende arbetsterapi och sjukgymnastik. För att rehabiliteringen skall kunna bedrivas effektivt räcker det dock inte att personalen i Samrehab samarbetar utan huvudmannaskapsgränser. När arbetsterapi och sjukgymnastik tillhör en egen organisation finns risk för att lokal samverkan mellan rehabpersonal och övrig personal inom vård och omsorg inte fungerar som förut.

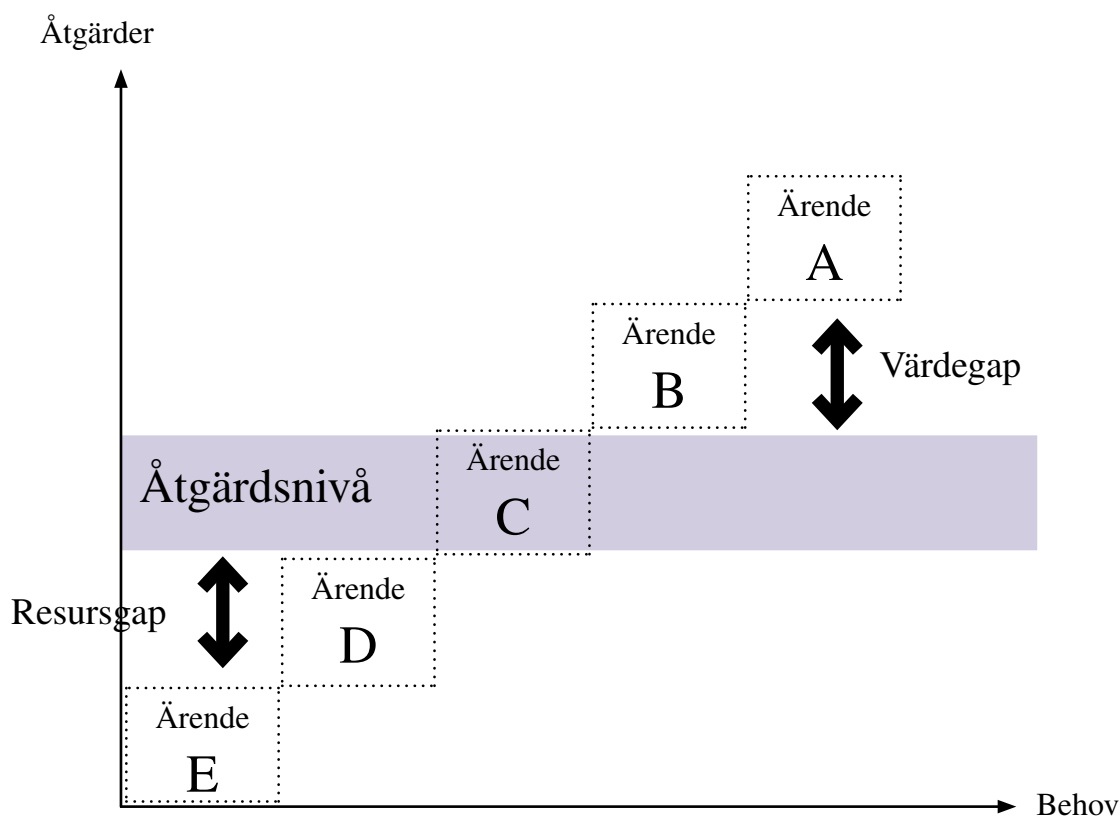
Om samordningen av rehabresurser i Samrehab skall ge förväntat mervärde måste såväl personalen i Samrehab som i övrig vård- och omsorgsverksamhet se Samrehab och samarbetet inom rehabiliteringsområdet som ett gemensamt uppdrag och det gemensamma projektet det faktiskt

är. Chefer och arbetsledare på alla nivåer måste medverka till att ett nära samarbete vårdas, uppmuntras och stöds, utan prestige och revirtänkande.

En av de stora utmaningarna för Samrehab är därför att använda de möjligheter som den gemensamma rehabiliteringsorganisationen ger och samtidigt behålla och utveckla samarbetet med medaktörerna hos den tidigare huvudmannen. Det gäller såväl övergripande på ledningsnivå, så att inriktningsmål, strategier och riktlinjer för rehabiliteringsarbetet blir gemensamma, som vid planeringen av insatser för den enskilde.

Anpassning av insatser och resurser

En av grundstenarna i Samrehab är att den enskildes behov av rehabilitering skall styra vilken åtgärd, kompetens och omhändertagandenivå som ska erbjudas. Rehabilitering handlar mycket om personens liv, värdighet som människa och inneboende resurser. Om insatsen blir otillräcklig i något avseende uppstår ett ”värdegap” (den enskildes behov blir inte tillfredsställda) och om insatsen blir för omfattande uppstår ett ”kostnadsgap” (vi använder mer resurser än nödvändigt).



I båda fallen används resurserna på ett ineffektivt sätt, vilket kan illustreras med nedanstående figur.

Figur 6. Modellen framtagen av Teleca.

Ytterligare en stor utmaning är alltså att anpassa ”insatstrappan” så att den sammanfaller med ”behovstrappan”. Detta ställer stora krav på att bedömningen av rehabiliteringsbehoven blir så bra som möjligt men också på att målen för den enskildes rehabilitering är väl underbyggda och

att valet av åtgärd är rätt och kompetent utförd. Behoven av samverkan och samarbete måste vara väl genomtänkta liksom strategierna för prioriteringar och avgränsningar.

Ett av målen för Samrehab är att kunna möta ökande behov utan stora resurstillskott genom att de gemensamma resurserna används mer effektivt. I linje med detta använder vi idag lokaler, redskap, personalresursen mm allt mer flexibelt. Vi har också mer strukturerat börjat se över hur vi arbetar och använder våra resurser över huvud taget. Anpassar vi resurserna efter behoven? Finns det patientgrupper hos oss, vars behov bättre skulle kunna tillgodoses av andra aktörer? Ger vi t ex sjukvårdande behandling, när patientens behov snarare är social gemenskap och bra vardags-/fritidsaktiviteter, istället för att utveckla metoder och rutiner för att stödja patienten till egenvårdsaktiviteter och liknande. När det gäller äldre och långvarigt funktionshindrade handlar det förstås lika ofta om att stödja personalen i att ha ett rehabiliterande arbetssätt i vardagliga situationer. Använder vi de bästa, evidensbaserade metoderna? Har vi rätt kompetens? Helhetssyn? Samverkansperspektiv? Vi måste ständigt fråga oss om vi ger rätt sorts insats med rätt omfattning.

Förändringar hos våra medaktörer ställer krav på anpassning

Även om vi ofta kallar Samrehab för ”projekt” kan det knappast definieras som ett avgränsat sådant. Hela den ”ordinarie” rehabiliteringsverksamheten ingår och skall fortsätta med det vi gjorde tidigare, i en ny organisation med nya förutsättningar. Samrehab har dock inte bara kunnat arbeta med att ta vara på och utveckla den nya ”gränslösa” rehabiliteringen. Mycket av det som händer i omvärlden och hos våra vårdgrannar måste vi också anpassa oss till. En del av dessa anpassningar måste dessutom prioriteras om vi ska kunna bedriva en effektiv och bra rehabilitering. Här följer ett par exempel som inföll i tid ungefär samtidigt som Samrehab startade.

- Socialförvaltningens i Mark omstrukturering av korttidsboendeplatserna till en samlad korttidsenhet innebar möjligheter att anpassa antalet platser vid Samrehab's Rehabcenter till behovet. I samband med minskningen från tolv till åtta platser flyttades verksamheten från lokaler i Skene till Kinna och samlokaliseras med delar av den övrig korttidsverksamheten där. Det innebar ändrade rutiner för såväl Rehabcenter som för hemrehabteamen, vilka tidigare haft sina respektive lokaler i nära anslutning till varandra.
- Äldreomsorgen i Mark införde förra året en helt ny organisation som bl a innebar en indelning i tre äldreomsorgsdistrikt. Detta innebar i sin tur att hemrehabteamen, som tidigare varit fem, också delade in sig i tre motsvarande team för att underlätta en nära samverkan med övrig vård- och omsorgspersonal.

Sådan ”yttre påverkan” kommer alltid att finnas och vi måste ständigt vara beredda att omprioritera i våra utvecklings- och förändringsplaner.

UTVÄRDERINGENS FRAMVÄXT OCH UPPLÄGGNING

Enligt avtalet mellan de samverkande huvudmännen skall Samrehab utvärderas. Samrehabnämnden har uppdragit till förvaltningschefen att ansvara för utvärderingen. Utvärderingen skall ske ur tre perspektiv:

- patientperspektiv
- personalperspektiv
- ekonomiskt perspektiv.

Samrehab kontaktade, under hösten 2001, ÄldreVäst Sjuhärad (ÄVS) för att inleda diskussioner om hur utvärderingen skulle kunna läggas upp och genomföras, samt om hur ÄVS skulle kunna medverka. Från ÄVS fanns ett klart intresse av att bistå i utvärderingen av flera skäl. I Samrehab ingår flera av ÄVS partners, en stor del av patienterna är äldre människor och Samrehab är en försöksverksamhet av regionalt och nationellt intresse. Efter några inledande överläggningar beslöts att ÄVS skulle stödja en utvärdering som i huvudsak skulle genomföras internt av Samrehab. ÄVSs insatser skulle i första hand bestå i handledningsstöd.

Inom Samrehab bildade vi en utvärderingsgrupp bestående av förvaltningschefen Lena Ehrnlund, sjukgymnasterna Lena Essedahl och Erik Vänder¹⁴ samt arbetsterapeuten Kristina Sövari. Denna grupp har relativt regelbundet träffats sedan årsskiftet 2001/2002, oftast tillsammans med Per-Åke Karlsson¹⁵, handledare från ÄVS, för att planera och genomföra utvärderingen.

Uppdraget

Gruppen började med att diskutera olika möjliga uppläggningar utifrån de övergripande direktiv som fanns för utvärderingen. Uppdraget var grovt att söka utvärdera huruvida Samrehab, utifrån nämnda perspektiv, lett till att antagna mål nåtts. Syftet med Samrehab var ju att de problem, av organisatorisk och verksamhetsmässig art, som fanns före Samrehab skulle hanteras bättre än vad som varit möjligt i den tidigare organisationen. Men hur skulle detta kunna utrönas då inga ”förmätningar” fanns att tillgå? Dessutom fanns inte, åtminstone inte som gruppen kunde finna, någon liknande verksamhet i Sverige. Jämförelser med andra verksamheter var således heller inte möjliga. Det som återstod var att följa, granska och utvärdera Samrehab utveckling över tid. Det vill säga, vi hade att skaffa kunskap om hur Samrehab utvecklades under försöksperioden och att värdera denna kunskap.

Per-Åke Karlsson presenterade en vedertagen övergripande modell för organisationsutvärderingar. En modell som använts i många sammanhang vid utvärdering av kvalitet i tjänsteproduktion, t ex inom hälso- och sjukvård och inom högskoleutvärderingar. En organisation kan beskrivas utifrån begreppen struktur – process – resultat. Struktur är organisationens uppbyggnad i form av personal, arbetsfördelning, rutiner, ekonomiska resurser etc. Processen är vad som händer när personalen arbetar med sina uppgifter – vad som görs och hur detta sker. Resultatet är vad

¹⁴ Erik lämnade efter en tid uppdraget p g a att han påbörjade en utbildning i Ortopedisk Manuell Terapi

¹⁵ Per-Åke är fil.dr. i socialt arbete och undervisar och forskar om utvärdering

som kommer ut av ansträngningarna. Till detta skulle kunna läggas de tre perspektiv som utvärderingen förväntades ske utifrån. Fogas denna modell och de olika perspektiven samman bildas följande matris:

	Struktur	Process	Resultat
Patientperspektiv			
Personalperspektiv			
Ekonomiskt perspektiv			

De frågor som utvärderingen av Samrehab skall ge svar på skulle kunna utvecklas och sorteras enligt denna indelning.

Frågor att söka svar på

I gruppen ägnade vi åtskilliga möten under vintern och våren 2002 till att diskutera fram, formulera samt inplacera de frågor som utvärderingen skulle inriktas på enligt uppdraget. Det blev ett omfattande arbete av formuleringar, omformuleringar, strykningar och tillägg innan en lista på frågor kunde fastställas. Vi prövade också att presentera frågorna enligt olika indelningar. I den version som slutligen presenterades Samrehabnämnden är frågorna sorterade enligt matrisen. Se bilaga.

Det framkom sammantaget en mängd frågor att söka svar på. Men hur skulle detta ske? Vilka tillvägagångssätt stod till buds? Och hur skulle detta kunna ske på ett sätt som gav information tillräcklig för en god utvärdering av Samrehab? Vad skulle kunna genomföras inom given resursram – personellt och ekonomiskt?

Utvärderingens ramar

I gruppen kom vi fram till att om vi sökte få svar på frågorna vid tre olika tillfällen skulle vi kunna få ett gott underlag för utvärderingen. Informationsinhämtande/datainsamling skulle ske

hösten 2002

hösten 2003

våren 2004

För utvärderingen kan den första omgången betecknas som en ”utgångsmätning” och den andra omgången som en ”mätning på vägen”. Den tredje tidpunkten är vald så att insamlade uppgifter därifrån kan hinna bearbetas inför ställningstagande om Samrehab's fortsättning. Man kan också säga att med denna uppläggning får utvärderingen dubbla syften

att utgöra ett underlag inför beslut om Samrehab's fortsättning.

att utgöra ett underlag för (kvalitets)utvecklingsarbete under tiden projektet pågår

Inom gruppen har vi alltmer kommit att uppmärksamma möjligheterna för det senare.

Gruppen diskuterade vidare hur informationen skulle kunna inhämtas. Vi undersökte först om den information som behövdes för utvärderingen fanns tillgänglig på annat sätt (t ex i befintlig statistik, verksamhetsberättelser e dyl). Utvärderingsgruppen kom fram till att den befintliga ”dokumentationen” av det slag som exemplifierats enbart kunde täcka mindre delar av det vi sökte kunskap om (främst som underlag för beskrivningar av Samrehab). Därför skulle ytterligare information behöva inhämtas. Men hur? Kanske fanns det redan utvecklade sätt (= redan utformade datainsamlingsinstrument) att samla in den information som vi skulle behöva? Vi kunde dock inte finna sådana instrument. Därför blev ett omfattande arbete för gruppen att utveckla och utprova egna instrument.

Vi kom dessutom fram till att flera olika tillvägagångssätt måste användas. För att få svar på frågorna skulle vid de tre tillfällena belysas strukturer, processer och resultat genom

- beskrivningar, bl a utifrån tillgänglig statistik
- enkäter riktade till patienter/anhöriga, personal och medaktörer
- intervjuer riktade till ett urval av ovanstående
- granskning av journaler

Vid den här tiden, våren 2002, stod det klart att utvärderingen skulle bli omfattande och knappast kunna genomföras inom befintlig resursram. Samrehabnämnden menade att den uppläggning som gruppen föreslog vore värdefull men att ett externt resurstillskott var nödvändigt för att kunna genomföra utvärderingen. I budgeten för Samrehab var inga särskilda resurser anslagna för utvärdering, dock fanns nämnda beslut om att utvärdering skulle ske. Nämnden uppdrog därför åt Lena Ehrnlund att ansöka hos ÄVS om ekonomiskt stöd för att genomföra utvärderingen liksom att ansöka hos Hjälpmedelsinstitutet (HI) om medel för att dokumentera arbetet. Såväl ÄVS som HI beviljade under början av hösten sökta medel.

Under hösten 2002 formerades även två referensgrupper för att följa arbetet. Dels en bestående av representanter för brukare - från handikappråd, PRO, SPF, närståendegrupper. Dels en grupp bestående av ledningspersoner för verksamheter som Samrehab samarbetar med - socialcheferna i Mark och Svenljunga, primärvårdsområdeschef, områdeschef för medicinska specialiteter inom SÄS.

Underlag för utvärderingen

Nu var ramarna klara och arbetet pågick med att utforma de olika datainsamlingsinstrumenten (enkätformulär, intervjuguider mm). Inom gruppen hade också en arbetsfördelning börjat utkristallisera sig. De ekonomiska bidragen från ÄVS och HI skulle gå till behövliga externa tillskott – personer som behövdes för att utvärderingen och dokumentationen skulle kunna genomföras. Kontakter togs med möjliga personer för att genomföra intervjuer, bistå med enkätbearbetning mm.

I början av hösten kunde följande tablå över olika delstudier, arbetsfördelning och externa insatser upprättas:

Delstudie	Ansvarig inom Samrehab	Externa insatser
1. "Beskrivning"	Lena Ehrnlund	Per-Åke Karlsson, "bollplank"
2. Patientenkät	Lena Essedahl	Reiner Heikkilä ¹⁶ registrering och bearbetn
3. Personalenkät	Lena Essedahl	Reiner Heikkilä ¹⁶ registrering och bearbetn
4. Enkät medaktörer	Lena Essedahl	Reiner Heikkilä ¹⁶ registrering och bearbetn
5. Brev chefer medaktörer	Lena Ehrnlund	
6. Journalgranskning	Erik Vänder/Lena Essedahl	Reiner Heikkilä ¹⁶ registrering och bearbetn
7. Patient-/anhörigintervjuer	Kristina Sövari	Marie-Loise Ring ¹⁷ och Lena Eriksson ¹⁸ , intervjuer
8. Personalintervjuer	Kristina Sövar	Lena Eriksson, intervjuer

Tanken var att resultaten från varje delstudie skulle analyseras av oss i utvärderingsgruppen och resultera i en (kort) delrapport. Dessa delrapporter skulle sedan vara underlag för den samlade utvärderingen och rapporteringen.

Inför varje delstudie har gruppen tillsammans diskuterat vilka av de tidigare nämnda frågorna som lämpligen bör besvaras genom den aktuella studien och utformat de specifika datainsamlingsinstrumenten. Dessutom har mycket omsorg ägnats åt att utforma planer för själva genomförandet, s k administrationsbeskrivningar.¹⁹

¹⁶ Psykolog vid psykiatriska kliniken vid SÄS

¹⁷ Undersköterska inom äldreomsorgen i Mark

¹⁸ Distriktssjukgymnast vid rehabenhet i Borås kommun

¹⁹ I dessa tas upp om totalundersökning (urval, kriterier för urval), när genomföra (t ex med tanke på andra aktiviteter inom Samrehab), plan för bearbetning, m fl överväganden.)

Före genomförandet av de olika delstudierna har instrumenten prövats, t ex har arbetsterapeuter och sjukgymnaster i närområdet besvarat personalenkäterna.

Som torde ha framgått har arbetet inför, vid och efter datainsamlingarna blivit omfattande. Detta har medfört att de ursprungliga tidsplanerna har varit svåra att hålla. Den första datainsamlingsomgången skulle ske under hösten 2002, men har i verkligheten dragit ut på tiden och pågått även under början av 2003. Vi har också fått göra några avsteg från de ursprungliga planerna. Tanken var att genomföra journalgranskningen i form av en s k ”kollegiegranskning” mellan olika sjukgymnaster och arbetsterapeuter i Samrehab. På grund av tidsbrist har istället Lena Essedahl utifrån ett urval journaler genomfört en ”journalenkät”.

För den som önskar ytterligare information om datainsamlingsinstrumenten finns dessa som ”webbilagor” till denna rapport på adress: www.aldrevast.hb.se

Efter en av tre datainsamlingar

Nu har den första datainsamlingen, av tre planerade, genomförts. Det som insamlats skall i första hand betraktas som en lägesbeskrivning mot vilken senare datainsamlingar skall jämföras. I den redovisning som följer i nästa kapitel tar vi därför bara upp ett ”axplock” av det insamlade och bearbetade materialet i syfte att ge läsaren en bild av olika viktiga intressenters uppfattningar om Samrehab så här långt. Den mer omfattande resultatredovisningen, analysen och den samlade utvärderingen kommer i slutrapporten.

Men innan vi övergår till att ge en inblick i uppfattningarna om Samrehab vill vi sammanfatta några för- och nackdelar (förtjänster och tillkortakommanden) med den uppläggning av utvärderingen, som vi hitintills erfar dem:

Fördelar

Utvärderingen sker nära verksamheten, i huvudsak av personer som arbetar i och ansvarar för Samrehab. Detta gör att sannolikheten ökar för att de resultat och erfarenheter som kommer fram tas tillvara.

Genom utvärderingsarbetet sker en läroprocess, i första hand för oss som är direkt inblandade, men förhoppningsvis även för andra inom och utanför Samrehab.

Skulle denna relativt omfattande utvärdering genomföras helt med utifrån ”köpta” resurser skulle kostnaderna för utvärderingen av Samrehab flerdubblas.

Nackdelar

Det är svårt att tidsmässigt kombinera de ganska omfattande insatserna som krävs för utvärderingen med vardagsarbetets krav.

Även om ett lärande successivt sker hos oss så kan brist på expertkunskaper finnas.

En granskning och utvärdering ”inifrån” riskerar att ha svårigheter genom ”hemmablindhet”, d v s det kan vara svårt att ”se igenom” det som är alltför välbekant.

Möjligen kan en sådan här uppläggning ifrågasättas beträffande objektivitet och ”legitimitet” när det gäller att utgöra underlag för beslut om Samrehab. Men om detta vet vi intet idag, utan får försöka att hantera på bästa sätt.

Funderingar inför det fortsatta utvärderingsarbetet

Efter att ha gått igenom svar från enkäter och intervjuer samt tagit del av reflektionerna från intervjuarna, har vi i utvärderingsgruppen bl a ställt oss frågan om det var rätt att alla patienter fick samma frågor? Inför de kommande datainsamlingarna får vi fundera på om vi kanske bör anpassa eller tillföra några specifika frågor dels för de äldre med komplexa behov och personer med långvarig funktionsnedsättning och dels för personer med behov av mer avgränsade insatser.

Beträffande enkäten till medaktörerna tycker vi att vi missat att där ställa frågor om målsättning för patienten.

UPPFATTNINGAR OM SAMREHAB SÅ HÄR LÅNGT

I utvärderingsarbetet har hittills en första omgång informationsinsamling skett. För utvärderingen planeras ytterligare två datainsamlingstillfällen. Utvärderingen av Samrehab kommer att bygga på jämförelser av information mellan de olika insamlingstillfällena. Den information som vi samlat in kan betraktas som grund för en "lägesbeskrivning" från olika viktiga intressenters perspektiv. Vi kommer inte att göra en fullständig redovisning här, utan enbart lyfta fram vad som framstår som *mest centralt för utvecklingsarbetet* under projektiden så här långt.

Presentationen bygger på information från patienter (insamlad via enkäter och intervjuer), från personal (insamlad via enkäter och intervjuer) samt på information från medaktörer (insamlad via enkäter)²⁰.

Vi redovisar de olikas uppfattningar under fyra teman. Dessa teman har utkristalliserats från utgångspunkterna och målsättningarna för Samrehab via de frågor som ställts i enkäter och vid intervjuer.

- Målinriktat arbetssätt:
- Riktlinjer, strategier och prioriteringar:
- Egenansvar och hälsoperspektiv:
- Kommunikation, information och samverkan:

Frågorna vi ställt till det insamlade materialet, som underlag för presentationen under samtliga teman, kan sammanfattas: Vad är kontentan av de olika tillfrågades (patienters, personals och medaktörers) uppfattningar av Samrehab, så här långt?

²⁰ Övrig datainsamling, främst journalgranskningen, tas inte upp här utan utgör ett underlag för den slutliga utvärdering som kommer att redovisas i slutrapporten. Tidsbrist har gjort att vi inte hunnit bearbeta dessa data.

Från enkäter och intervjuer finns en hel mängd kommentarer (både positiva och negativa) från såväl personal som patienter och medaktörer. Dessa kommer på olika sätt att återföras till verksamheten både som underlag för förbättringsarbete och feedback på ett gott arbete.

Vi börjar presentationen under varje tema med en kortfattad utgångsbeskrivning av temat utifrån olika måldokument och liknande för Samrehab. Därefter följer ett koncentrat av intressenternas svar. Svaren bygger således på ett koncentrat av information från såväl enkäter som intervjuer och kan där omfatta en eller flera frågor.

En följd av ovansagda är att i följande redovisning finns inget som direkt berör det ekonomiska perspektiv vilket, förutom patientperspektivet och personalperspektivet, var ett av de tre perspektiv som Samrehab skulle utvärderas utifrån.

Målinriktat arbetssätt

Mål och inriktning för Samrehab

- Utgångspunkten för all rehabilitering skall vara den enskildes behov.
- Verksamheten skall bedrivas med väl definierade mål.
- Vårt arbete skall präglas av en strävan efter tydlighet, samsyn och helhetssyn.

Frågor

För att erhålla en bild av hur patienter och personal uppfattade betoningen av mål i arbetet ställde vi ett antal frågor till dem i både intervjuer och enkäter.

Patienterna besvarade frågor som:

Har du eller har du haft mål för din behandling under denna behandlingsperiod? Har du satt målen för din rehabilitering tillsammans med din arbetsterapeut sjukgymnast (at/sg)? Om ja, hur kom du fram till dessa mål? Återkopplade din at/sg till målen vid förbättring?

Personalen svarade på frågor som :

Sätter du mål för behandlingen gemensamt med dina patienter? Hur går du tillväga? Är målformuleringen viktig i dina ögon? Hur ofta, i samtal med patienten, kopplar du samman mål med de förbättringar patienten gör?

Svar

En stor del av de tillfrågade *patienterna* uppger att de haft mål för sin rehabilitering men många har inte satt dessa tillsammans med sin at/sg. Några intervjuade patienter sa att de berättade om sina mål för behandlaren ”så att hon/han vet om mitt mål”. I intervjuerna säger flera patienter att någon återkoppling till målen inte skett, men att de inte heller förväntade sig det eftersom de upplevde målen som ”sina egna”. Några sa att de på eget initiativ brukade berätta om förbättringar som skett.

Personalen uppger att de för det mesta sätter mål men att det ibland är svårt och så med dokumentation, uppföljning och utvärdering. Några sjukgymnaster och arbetsterapeuter uppger att det ibland är svårt att sätta mål på grund av att patienten t ex har en demenssjukdom.

Konklusion

Det är uppenbart att det finns en skillnad mellan hur at/sg och patienterna ser på målen för rehabiliteringsinsatsen. Man kan spekulera i om det är glömska, brist på tydlighet eller andra skäl som ligger bakom orsaken till att mål inte sätts gemensamt av behandlaren och patienten, och i vissa fall inte av någondera parten. I de fall där det av olika skäl inte går att sätta mål gemensamt med patienten kan målformuleringen med fördel göras tillsammans med anhöriga och/eller omvårdnadspersonal. Utan vare sig del- eller slutmål blir det svårt att utforma rätt insats så att rehabiliteringen blir meningsfull och effektiv - och hur vet man när behandlingsperioden skall avslutas?

Om målformuleringen inte är tydlig och görs gemensamt är risken uppenbar att patienten har ett mål och behandlaren ett annat, vilket i sin tur torde innebära att insatsen inte blir optimal. Samrehab's mål måste alltså vara att alla patienter har tydliga mål för sin rehabilitering och att dessa är satta gemensamt av patienten och at/sg. För vissa patientgrupper är ett slutmål svårt att sätta upp men då skall åtminstone delmål formuleras. Patienten skall kunna utvärdera måluppfyllelsen tillsammans med behandlaren och då måste målen vara konkreta och realistiska. De skall följas upp under vägen fram till slutet av behandlingen. Det må gälla i stort som smått. Om flera professioner är involverade i patientens rehabilitering är det viktigt att formulera gemensamma mål så att t ex läkare, vård- och omsorgspersonal, anhöriga m fl drar åt samma håll. Arbetet underlättas och patienten får de insatser, det stöd och den hjälp han/hon behöver.

I Samrehab måste vi alltså utveckla måldiskussionen mellan patient och at/sg. Eftersom bl a målet ligger till grund för behandlingens uppläggning, behöver tid avsättas till diskussion och formulering med patienten. Här måste arbetsterapeuten och sjukgymnasten bli mer lyhörd och ”guida” patienten till konkreta och uppnåbara mål.

Riktlinjer, strategier och prioriteringar

Mål och inriktning för Samrehab

- Utgångspunkten för all rehabilitering skall vara den enskildes behov.
- Gemensamma strategier och enhetliga rutiner
- Insatserna skall grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet
- Insatserna skall ges på bästa effektiva omhändertagandenivå i en väl fungerande rehabiliteringskedja.
- Ingen som behöver rehabilitering skall behöva hamna mellan stolarna eller bollas runt i systemet.

Frågor om riktlinjer och strategier

För att få veta mer om synen på förekomst och användning av gemensamma ”styrdokument” ställde vi frågor om detta i enkäterna till Samrehab's personal och till våra medaktörer (biståndsbedömare, enhetschefer, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor).

Personal svarade på frågor som:

Vilka behandlingsriktlinjer (lokala/nationella) använder du som stöd i ditt arbete? Finns det lokala behandlingsriktlinjer, eller överenskommelser mellan kollegorna, inom din hemvist (arbetsplats)? Arbetar alla inom din hemvist enligt dessa riktlinjer? Hur går du tillväga om riktlinjer saknas?

Våra medaktörer svarade på frågor som:

Tar du del av och använder rutiner, råd och riktlinjer från de olika terapilinjerna? Tar du del av och använder rutiner, råd och riktlinjer från de olika vårdkedjorna?²¹

Svar

En majoritet av *personalen* svarar att det bara delvis eller i liten utsträckning finns gemensamma riktlinjer för behandling. De uppger att de, när detta saknas, diskuterar med kollegor eller stödjer sig på tidigare erfarenhet, t ex från utbildningar och andra arbetsplatser.

Kommentar från personal: ”Att kunna samarbeta runt behandlingsriktlinjer i hela Samrehab är bra.”

Kommentar från personal: ”Vill ha mer preciserade riktlinjer på behandlingsmetoder.”

Svaren visar att de flesta *medaktörerna* bara till viss del använder sig av vårdkedjor och terapilinjer. Det är ganska få som använder dessa rutiner och riktlinjer i stor utsträckning.

Frågor om prioriteringar

Prioriteringar inom hälso- och sjukvård och rehabilitering är ständigt på tapeten då behov och efterfrågan i princip är oändliga men resurserna begränsade. Ett antal enkät- och intervjufrågor ställdes till personalen om deras uppfattning i vissa avseenden:

Politikerna i Samrehabnämnden har definierat vilka diagnoser/ skador /sjukdomar som skall prioriteras inom Samrehab? Om du själv behöver prioritera bland patienterna, vilket stöd finns för dina ställningstaganden? Finns det riktlinjer för hur prioriteringar skall göras?

Svar

Personalen har en klar önskan om mer distinkta prioriteringar. Många vill att prioriteringar skall finnas nedskrivna, så att man kan luta sig mot dessa i stunder av personalbrist eller hårt patienttryck. En uttalad önskan finns från personalen att politikerna tar sitt ansvar genom att tydligare tala om vilka patientgrupper som ska prioriteras och också klart uttalar vilka grupper som inte kan räkna med att få någon hjälp.

Kommentar från personal: ”Hur prioriterar man på bästa sätt just nu mellan patienter och de olika uppdrag som skall göras?”

²¹ Vid Skene lasarett har det, sedan ett tiotal år, funnits terapilinjer för flera diagnoser, t ex diabetes och stroke. Syftet med dessa är att säkerställa rätt insatser och patientens obrutna behandlingskedja genom ”sjukvårdsapparaten”, genom att eliminera onödiga ”stopp” i behandlingen. För de vårdkedjor, som förutom Skene lasarett, även innefattar primärvård och kommunal vård inom Mark-Svenljungaområdet, är syftet att säkerställa rätt insats och obruten vårdkedja över olika vårdnivåer, dvs ett ”bollande” av patienter mellan olika vårdgivare ska inte få förekomma.

Konklusion

Riktlinjer och strategier

För att patientens vård- och rehabilitering ska fungera på bästa sätt måste evidensbaserade och gemensamma behandlingsriktlinjer finnas. Dessa skall vara kända och användas av alla behandlare. Det är t ex lättare att identifiera på vilken nivå patienten ska behandlas och också hur insatserna skall ges om strategier och rutiner är tydligt utformade och väl dokumenterade. De svar vi fått visar att det bara delvis finns gemensamma riktlinjer eller, om de finns, bara delvis är kända. Arbete med att utveckla behandlingsriktlinjer för olika diagnoser pågår redan inom Samrehab. De olika teamen har, bl a p g a ”patienttyngden”, helt olika förutsättningar. Inom hemrehabteamet brottas man t ex med behandlingsriktlinjer för äldre med en ofta komplicerad sjukdomsbild och inte sällan ”multisvikt” som försvårar arbetet.

Prioriteringar

Debatt och diskussion kring prioriteringsfrågan är nödvändig och måste ständigt hållas levande i Samrehab. Vem/vilka grupper skall få tillgång till våra insatser först? Finns det grupper som är för lågt prioriterade? Finns det grupper vars behov kan tillgodoses på annat sätt? Hur prioriterar vi mellan dem som väntar ”på sin tur” och de som redan finns inne i ”systemet”? Det finns ett uppenbart behov av att inhämta kunskap om, reflektera kring, fastställa och tydliggöra hur prioriteringar skall göras i Samrehab och av vem. Det finns också ett behov att tydligt kunna visa vilka prioriteringar som faktiskt gjorts. Om vi inte gör detta riskerar vi att fastna i en situation som följande kommentar från en patient, som uppenbarligen upplevt väntetiden för lång, ger uttryck för: ”Det tar för lång tid från olycka eller sjukdom till att få hjälp med rehabilitering. Det talas mycket om det i media men i verkligheten fungerar det inte. Vems felet är eller rättare sagt orsaken till detta vet jag inte.”

Egenansvar och hälsoperspektiv

Mål och inriktning för Samrehab

- Utgångspunkten för all rehabilitering skall vara den enskildes behov.
- Vårt arbete skall genomsyras av patientnyttan och hälsoperspektivet.
- Vårt arbete skall främja den enskildes egenansvar och delaktighet.

Frågor

I utvärderingen har vi i enkäterna ställt frågor till patienter, personal och medaktörer och i intervjuerna har patienter och personal fått fördjupningsfrågor om egenansvar och hälsoperspektiv.

Patienterna besvarade frågor som:

Har du fått veta något om hur man kan ta eget ansvar i samband med sin rehabilitering? Tror du att man själv kan påverka sin hälsa och sitt dagliga liv genom träning och aktivitet? Gör du det i så fall? Har personal i Samrehab lämnat information om samband mellan livsstil och hälsa/ohälsa? Anser du att du själv kan påverka din hälsa genom t ex självträning och olika aktiviteter?

Personalen svarade på frågor som:

Vad innebär hälsoperspektiv för dig? Informerar du om sambandet mellan livsstil och ohälsa/sjukdom? Informerar du alltid patienten om egenansvar? Följer du upp informationen om egenansvar vid nästa behandlingstillfälle? Ökat egenansvar ger patienten bättre livskvalitet på sikt? Patienter som tar eget ansvar är mer nöjda med slutresultatet av rehabiliteringen?

Medaktörerna fick svara på frågan om de är medvetna om att använda patientens egna resurser i vårdarbetet.

Svar

Knappt häften av de tillfrågade *patienterna* uppger att de fått information om samband mellan livsstil och hälsa/ohälsa. Cirka en tredjedel av de tillfrågade patienterna har informerats om hur de själva kan ta ansvar i samband med rehabiliteringen. Lika många uppger att de tränar och är aktiva på olika sätt, t ex genom hemprogram, dagliga promenader med rollatorn till matsalen eller styrketräning på ett gym. Det framgår att det finns en skiftande syn på vad som uppfattas som träning. Några uppger spontant att träning är att utföra aktiviteter i sitt dagliga liv, medan andra tycker att det innebär specifik träning, t ex med redskap eller enligt träningsprogram. Den första gruppen upplever även de dagliga aktiviteterna som hälsobefrämjande. För några av de intervjuade patienterna innebär att ”ta eget ansvar” hjälp av personal eller närstående att utföra sin träning/aktivitet. Flera uppger att det är positivt att få påstötning och stöd i att ”hålla sig igång”.

Kommentar från patienter: ”Jag önskar att man kunde fortsätta och träna här även efter avslutad rehabilitering”, ”För att upprätthålla styrka och rörlighet vill jag gärna fortsätta och träna”.

I *personalens* svar framkommer att man informerar om egenansvar, men inte alltid. Det skiljer sig dessutom mellan de olika personalkategorierna. Man följer inte upp den lämnade informationen i lika stor utsträckning men instämmer till mycket stor del i grundantagandet att patienter som tar egenansvar är mer nöjda med slutresultatet av rehabiliteringen. I intervjuerna framkommer att man först och främst försöker motivera till egenansvar genom samtal, information och uppmuntran, antingen direkt till patienten eller till stödperson (personal eller närstående). Gällande personalens syn på hälsoperspektiv och hur man handskas med detta i behandlingsarbetet framkommer att man informerar om samband livsstil och hälsa/ohälsa, men inte i lika stor utsträckning som när det gäller egenansvar.

De tillfrågade *medaktörernas* svar inom området tyder på att man är medveten om vikten av att patienten får använda sina egna resurser.

Konklusion

”Patienten i centrum” har länge varit ett begrepp. Därmed inte sagt att det alltid fungerar på detta sätt. Det är numer allmänt känt och accepterat att delaktighet och god information ökar förutsättningarna för en framgångsrik rehabilitering. Att arbeta på detta sätt är dock inte alltid självklart eller lätt. Vi behöver använda och förmodligen också utveckla de metoder som finns för att befrämja huvudpersonens delaktighet och eget ansvar i sin egen rehabilitering.

I svaren framtonar en skillnad mellan at/sg:s uppfattning att de informerar och patientens uppfattning att de *fått* information. Inom området egenansvar och hälsoperspektiv utkristalliserar sig efter denna första datainsamling några angelägna frågor att arbeta vidare med.

Hälsoperspektiv; vad betyder det, vad innebär det för våra olika patientgrupper, hur skall vi använda det på bästa sätt i behandlingen? Tar vi reda på vad den enskilde patienten har för syn på hälsa/sjukdom/eget ansvar/egna resurser? Hur kan vi påverka patienten att inte ”lämna in sin kropp”.

Egenansvar; vad betyder det ? När i behandlingsperioden tar vi upp detta begrepp? För vilka patientgrupper är det adekvat? Hur främjar vi patientens intresse för fortsatt träning/aktivitet under eget ansvar?

Vi behöver inom Samrehab definiera dessa begrepp och tydliggöra vår eget förhållningssätt i behandlingsarbetet för att kunna skapa samsyn och gemensamma strategier och rutiner.

Kommunikation, information och samverkan.

Mål och inriktning för Samrehab

- Utgångspunkten för all rehabilitering skall vara den enskildes behov.
- Den enskildes behov skall avgöra vilken kompetens som krävs för att tillgodose de behov som finns i samband med rehabilitering.
- Insatserna skall ges på bästa effektiva omhändertagandenivå i en väl fungerande rehabiliteringskedja.
- Ingen som behöver rehabilitering skall behöva hamna mellan stolarna eller bollas runt i systemet.
- Effektiv rehabilitering till lägre kostnad genom samordning, gemensamma strategier, enhetliga rutiner
- Vi skall medverka till att ett rehabiliterande synsätt sprids och förstärks i vår samverkan med övrig vård och omsorg.
- Vårt arbete skall präglas av en strävan efter tydlighet, samsyn, helhetssyn och ständigt lärande.
- Samverkan är nyckeln till värdeskapande processer.

Förutsättningar för att ovanstående skall kunna förverkligas är bl a att kommunikation, information och samverkan fungerar på bästa sätt, såväl internt som externt.

Frågor

Patienterna fick frågor som:

På vilket sätt och hur lång tid tog det innan du kom i kontakt med rehabpersonalen? Har du haft kontakt med flera enheter inom Samrehab och upplevde du i så fall att det fanns ett sammanhang mellan de olika insatserna?

Personalen svarade på frågor som:

Samordnar du med andra inom ditt team/med andra team inom Samrehab/med andra verk-

samheter utanför Samrehab för att patienten skall få den bästa möjliga rehabiliteringen? Hur sker samordningen? Får du den information du behöver av andra respektive ger du den information andra kan behöva för att effektivt kunna behandla patienterna? Vilken typ av information utbyts? Underlättar gemensam journal? Har du klart för dig vilka patienter som skall tas om hand på bas- respektive specialiserad nivå?

Medaktörerna fick frågor som:

Vet du hur organisationen för Samrehab ser ut? Vet du vilket team i Samrehab du skall kontakta i enskilda patientärenden? Samordnar du med rehabpersonalen kring gemensamma patienter? Ger och får du den information som behövs för en obruten vård- och rehabkedja? Finns det rutiner för samarbetet?

Svar

Nära hälften av de tillfrågade *patienterna* fick kontakt med personal inom Samrehab efter fyra dagar eller längre tid. Samtliga intervjuade upplevde att det varit lätt att få kontakt med Samrehab, och var helt nöjda med det sätt de fått kontakt. Ingen av de intervjuade hade råkat ut för att bollas omkring mellan olika personer. Enkätsvaren ger en annan bild av kontakt och tillgänglighet, fr a för den polikliniska verksamheten, där väntetiderna upplevs som alldeles för långa.

Rörande uppfattningen om samband mellan insatser från olika rehabteam framkommer i intervjuerna att patienterna inte alltid uppfattat *att* det var olika team, det var inget man funderat över. Man anser att det är självklart att det finns en samordning/översamordning. Endast några få av de intervjuade patienterna känner till att arbetsterapeut och sjukgymnast för journal. Ingen hade blivit upplyst om att journalen används vid översamordning mellan teamen.

Att samordna kring patienterna ser *personalen* överhuvudtaget som viktigt och självklart. Enkätsvaren visar att personalen samordnar i något högre grad med det egna teamet än med andra team inom Samrehab och med andra verksamheter. Man anser att man i högre grad *ger* än *får* den information som behövs. Den intervjuade personalen beskriver att samordning är när alla jobbar tillsammans för patientens bästa och anser att det finns rutiner för samordning. Den samordning som beskrivs tycks dock mest handla om samordning med andra professioner inom samma vårdnivå. Det framkommer inte om samordningen mellan vårdnivåerna är optimal. Dock nämner några att det känns lättare att kontakta kollegor mellan vårdnivåerna för att rådfråga eller översamordna, tack vare att man nu är i samma organisation. De flesta anser att det bara delvis är definierat inom vilka områden det krävs specialiserad insats.

Det är inte alla som idag anser att en gemensam journal inom Samrehab underlättar arbetet med patienterna. Faktorer som medför att samordningen kring patienterna fungerar bra är enligt intervjupersonerna geografisk närhet, bestämda tider för, och struktur på, möten. I kommentarer till enkäten uttrycks förhoppningar att man inom Samrehab skall kunna öka kontakterna sinsemellan och därmed öka förståelsen för varandras arbete. Man vill lära av varandra och utnyttja den samlade kompetensen.

De flesta *medaktörer* vet vem inom Samrehab som skall kontaktas i ett enskilt ärende, det är lätt att nå berörd personal, man samordnar oftast och ger information kring patienten. Liksom

Samrehab's personal anser medaktörerna att de *ger* information i större utsträckning än de *får*. Man tycker att samarbetet i stort fungerar. Separerade journaler ser man som ett problem. Några uppger också att man hade tätare kontakt med rehabpersonal innan Samrehab bildades. Man efterlyser även information om Samrehab, ansvarsförhållanden och kontaktytor.

Konklusion

Det faktum att de intervjuade patienterna inte funderat så mycket på samordning och om insatserna hängit ihop bör kunna tolkas som att det mesta har fungerat väl. Om det har förekommit diskussioner om vilket team inom Samrehab som skall ta ansvar för patienternas fortsatta rehabilitering, har i alla fall inte patienten märkt något av detta. Samtidigt visar personalenkäten att långt ifrån alla har klart för sig när patienten skall behandlas på bas- respektive specialiserad nivå. Personalen uppger dessutom att de samordnar mest med det egna teamet. Här måste vi alltså fråga oss om patienterna alltid får rätt insats på rätt nivå. Vet patienterna vad de kan förvänta sig?

Vi behöver arbeta mer med frågan om vilken information som skall överföras såväl inom Samrehab som mellan oss och andra verksamheter. Börja fråga mer tydligt ”vilken information behöver du” likaväl som att fastställa vilken information man anser att man själv skall överföra till andra, dvs minska skillnaden mellan *ge* och *få*.

Fr o m 2003 finns en gemensam journal inom Samrehab vilket, i alla fall på lite sikt, bör underlätta information inom rehabkedjan. Före Samrehab kunde rehabpersonalen *inom* respektive kommun, lasarett och primärvård på ett enklare sätt än nu ta del av journaler från andra professioner hos samma vårdgivare. För ett helhetsperspektiv kräver den nya situationen att man, där det går, håller fast vid de sedan tidigare upparbetade rutinerna för informationsöverföring och samverkan kring patienterna och, där det p g a sekretessgränser inte går, utvecklar nya. Det här arbetet pågår sedan starten och är inte enbart en fråga för Samrehab.

LITTERATUR

Sammanställningen utgörs av underlag för rapporten samt referenser.

Engström,H, Helfer,L, Nilson,L, Torgny,G-L. (1997). SAMREHAB. En samfinansierad rehabiliteringsorganisation för Skene lasarett, primärvården Mark/Svenljunga, Marks kommun och Svenljunga kommun. Opublicerad rapport. 15 oktober 1997.

Hendberg,P, Thörnqvist,I, Essedahl,L. (1997). Rehabilitering för äldre. Slutrapport. Projektområde Borås- och Skene lasarett, Södra Älvsborgs hälso- och sjukvårdsområde samt Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamns kommun. Rapport.

Hendberg,P, Thörnqvist,I, Essedahl,L. (1997). Rehabilitering för äldre. Utvärdering av utbildningsinsatserna. Projektområde Borås- och Skene lasarett, Södra Älvsborgs hälso- och sjukvårdsområde samt Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamns kommun. Rapport.

Engström,H. (1997). Samordnad rehabiliteringsenhet – nyttoeffekter för brukaren och för samhället. Rapport nr 52. Socialförvaltningen, Kinna.

Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet. (2002). Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Fridolf,M. (2002). Samverkan – en aktivitet eller en arbetsmetod. Fallet Mjölby. Stockholm: Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket.

Fridolf,M. (2001). Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform. Stockholm: Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket.

BILAGA

Utvärderingsfrågor

Patientperspektivet

Struktur

1. I vilken utsträckning finns gemensamma behandlingsriktlinjer och rehabplaner?
2. Finns det tydliga riktlinjer om prioriteringar och strategier? Politiskt? Professionellt?
3. Finns det mål för hur långa väntetiderna maximalt får vara? (A. Till första kontakt?, B. Till första åtgärd?)
4. Finns det fungerande länkar i rehabkedjan för de patienter som behöver insatser från olika rehabaktörer? Samordnas information och insatser? (A. Mellan yrkesgrupper?, B. Mellan vårdnivåer?)
5. A. Är vårdnivån definierad, d.v.s. vad ska tas om hand på specialiserad nivå respektive basnivå? Vem definierar och hur?
B. Tas patienten om hand på rätt nivå?
C. Vet patienten vart hon/han ska vända sig?
D. Tar den personal som först kontaktas ansvar för att patienten får kontakt med rätt person och att en åtgärd därmed inleds?
6. Har behovet av rehabilitering ökat?
7. Har ”beställarnas” efterfrågan av rehabkompetens ökat/förändrats inom hälso- och sjukvård, hälsofrämjande, uppehållande och förebyggande aktiviteter?

Process

1. Hur informeras patienten om egenansvar?
2. Hur förs hälsoperspektivet in i undersökning, målsättning och åtgärd?
3. Hur fungerar informationsöverföringen mellan vårdnivåer? Fördelar/nackdelar med gemensam rehabjournal?
4. Hur arbetar at/sg för att sprida ett rehabiliterande synsätt?

Resultat

1. Har patienten fått en sammanhängande rehabiliteringsinsats, d.v.s. inte fallit mellan stolarna eller bollats runt i systemet?
2. Hur långa är väntetiderna? Har patienten blivit tillräckligt snabbt omhändertagen?
3. Har patienten uppnått rehabiliteringsmålen?
A. Är mål satta tillsammans av patienten och behandlande at/sg?
B. B. Har patienten förbättrats/bibehållit sin funktion?
C. Har patienten uppnått större oberoende, ökad livskvalitet?
D. Har rehabinsatsen inneburit tidigare återgång till arbete efter sjukskrivning?
E. Har rehabinsatsen inneburit minskad hemtjänst?
F. Är patienten nöjd med insatsen?
4. Har patienten fått information om
A. Hälso- och ohälosamband?
B. Hur hon/han kan ta eget ansvar för sin träning och att vara aktiv?
5. Är patienten beredd att förändra/har patienten förändrat sitt beteende?

6. Har ett rehabiliterande arbetssätt spridits och ökat? Stöder och underlättar vårdpersonalen för vårdtagaren att använda sin funktion och förmåga?

Personalperspektivet

Struktur

1. Är de områden där det finns behov av specialisering identifierade?
2. Är kunskaps/kompetenskraven för specialisering definierade?
3. I vilken utsträckning har personalen möjligheter till specialisering?
4. Finns det särskilda specialisttjänster inrättade inom något område?
5. Hamnar rätt patient på rätt plats? I vilken utsträckning "slussas" patienter till "specialist"?
6. Finns det aktuella och uppdaterade individuella ansvars- och befogenhetsbeskrivningar?
7. Hur tas personalens kompetens tillvara?
8. Är administrationen effektiv? Kan något göras på annat sätt eller av andra?
 - A. Hur stor andel av arbetstiden åtgår för patientadministration, övrig administration?
 - B. Hur sker samarbetet mellan yrkesgrupper och i arbetsgrupper?
 - C. Är rutinerna effektiva genom t.ex. samplanering eller sker dubbelarbete?
 - D. Fördelar/nackdelar med gemensam rehabjournal?

Process

1. Hur görs personalen delaktig i verksamhetsplanering och uppföljning?
2. Hur tas planer för kompetensutveckling fram?
3. Hur utvecklas personalens kompetens?

Resultat

1. Vad har Samrehab inneburit för personalen?
 - A. Kan målen för patienten uppnås/har målen för Samrehab uppnåtts i högre grad än med tidigare organisation? Vilka? Varför?
 - B. Finns det patientgrupper för vilka målen riskerar att uppnås/har uppnåtts i lägre grad i Samrehab än med tidigare organisation? Vilka? Varför?
2. Vad har Samrehab inneburit för personalen?
 - A. Har något blivit bättre? Vad?
 - B. Har något blivit sämre? Vad?

Ekonomiska perspektivet

Struktur

1. Hur fördelas kostnaden för Samrehab mellan huvudmännen?
2. I vilken mån samutnyttjas/samordnas
 - A. Lokaler, redskap och övrigt material?
 - B. Inköp?
 - C. Investeringar?
 - D. Personalresurser?

Process

1. Hur fungerar den årliga processen med budget och verksamhetsplanering?
Samverkan mellan huvudmännen?
2. Hur tar vi fram årsvisa resultatmål?
3. Hur sker årlig uppföljning av verksamheten?

Resultat

1. I vilket avseende har Samrehab inneburit effektivisering?
2. A. Antal nybesök
B. Antal årsbesök för samma åkomma?
3. A. Kostnad per besök
B. Kostnad per patient/vårdeepisod?
4. Beräknad ”vinst” med tidigare arbetsåtergång?
5. Beräknad ”vinst” med minskad hemtjänst?
6. Hälsoekonomi?
7. Vad kostar nämndadministrationen? Priset för samverkan?

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum för utveckling och forskning inom äldreområdet och startade 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn samt Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom äldreområdet.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler.

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se. Där finns bland annat tidigare utgivna rapporter.

Mer om Högskolan i Borås finner ni på www.hb.se

