

Lena Ehrnlund, Lena Essedahl, Kristina Sövari och Per-Åke Karlsson
Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD 2005



Nå, blir det bättre om vi samverkar?

Slutrapport från utvärderingen av Samrehab
i Mark-Svenljunga

Lena Ehrnlund, Lena Essedahl, Kristina Sövari och Per-Åke Karlsson

ISSN 1651-4556
ISBN 91-85025-08-9
Volym I Nummer 9



TITEL	Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga
FÖRFATTARE	Lena Ehrnlund, Lena Essedahl, Kristina Sövari och Per-Åke Karlsson
UPPLAGA	Vol 1 Nr 9.
ISSN	1651-4556
ISBN	91-85025-08-9
TRYCKÅR	2005

© **Författaren/Författarna**

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

samrehab

MARK - SVENLJUNGA

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	2
NÅGOT OM DET SOM STYRT OCH OM DET SOM BLIVIT GJORT	5
Goda ekonomiska förutsättningar	6
Några har lämnat och andra har anslutit.....	6
Närsjukvård och mer specialiserade rehabiliteringsinsatser i hemmet.....	7
Fler funktionshindrade.....	8
Rutinerna är bra men det blir ”svajigt” när de inte följs	8
Gemensam grund i vardagsarbetet.....	9
Reflexioner om målinriktat arbetssätt.....	9
Efterfrågan eller behov	11
Vård eller inte vård – det är frågan	12
Hur skriver vi egentligen?	13
Hjälpmiddel - en viktig del av rehabiliteringsarbetet.....	14
Dubbelt Arbete Till Alla eller nya möjligheter?	16
Lokaler	17
FRÅGOR OCH SVAR	18
Inledning	18
Bra att ha i åtanke vid läsningen	20
En obruten rehabiliteringskedja där ingen ska bollas runt i systemet	22
Patienterna tar för givet att vi samordnar	22
”Pat kommer till rätt rehab snabbare”	23
Kompletterande beskrivning.....	28
Summering.....	28
Hälsoperspektiv, egenansvar, rehabiliterande synsätt	30
De flesta patienter anser att de kan påverka sin hälsa genom att vara aktiva	30
Personalen anser att delaktighet ger ökad livskvalitet	31
Rehabiliterande synsätt.....	37
Kompletterande beskrivning.....	38
Summering.....	38

Målinriktat arbetssätt	40
”Mål höjer motivationen och får en att kämpa”	40
Vad menar vi med mål egentligen – och har patienten och personalen samma mål?	42
Summering.....	46
Riktlinjer och strategier för behandlingsarbetet	47
Kortare väntetider, fler riktlinjer och tydligare prioriteringar	47
Kompletterande beskrivning.....	52
Summering.....	52
Kunskap och kompetens	53
Det finns massor av kunskap som kan utnyttjas.....	53
Kompletterande beskrivning.....	55
Summering.....	55
Ledning och administration	56
Chefen nära eller långt borta	58
Kompletterande beskrivning.....	59
Summering.....	59
VÅR SYN PÅ HUR VI LYCKATS	60
Patientperspektiv	61
Personalperspektiv.....	63
Ekonomiskt perspektiv.....	65
Ekonomiska nyckeltal.....	67
SLUTORD.....	71
APPENDIX	72
Om utvärderingen	72
Datainsamling	72
Bearbetning och analys.....	74
Utgångspunkter för tolkning och värdering	74
Utvärderingens funktion och nyttiggörande	75
Några metodreflektioner.....	75

INLEDNING

Blir det effektivare rehabilitering om resurser för arbetsterapi, sjukgymnastik och hjälpmedel samordnas över huvudmannaskapsgränserna? Innebär samordningen att den totala rehabiliteringsresursen kan användas på ett mer optimalt sätt? Minskar risken för att patienten faller mellan stolarna eller bollas mellan olika verksamheter om all rehabiliteringspersonal¹ finns i samma organisation med en gemensam, övergripande ledningsfunktion? Ja, det var i alla fall målet när de båda kommunerna Mark och Svenljunga samt Västra Götalandsregionen under år 2000 beslöt att tillsammans driva en gemensam rehabiliteringsverksamhet, Samrehab Mark-Svenljunga, under en knappt femårig försöksperiod (2001-05-01 – 2005-12-31).

I det kartläggningsarbete som föregick bildandet av Samrehab var det främst rehabiliteringskedjan för äldre som stod i fokus. Det kan vara viktigt att notera att Samrehab kom att omfatta all den rehabilitering och habilitering som annars skulle ha åvilat Marks kommun, Svenljunga kommun, regionens primärvård i området och Skene lasarett inom Södra Älvsborgs Sjukhus.

Antagandet om att behoven av rehabilitering kommer att öka och förändras under de närmaste åren var en av orsakerna till att gå in i den gemensamma organisationen. Man ansåg att de bästa förutsättningarna för att möta detta skulle ges om man utvecklar samarbetet mellan de olika aktörerna. Den enskildes behov av rehabilitering skulle vara utgångspunkten, inte huvudmannaskapet. Man ville prova nya lösningar rent organisatoriskt för att förstärka samsynen och hitta effektivare lösningar på det framtida resursbehovet samt i någon mån kanske också bidra med erfarenheter och inspiration till andra verksamheter.

Syftet med denna rapport är att ge en bild av hur vi uppfattar att Samrehab Mark-Svenljunga har lyckats med sitt uppdrag. Den riktar sig till

¹ Här avses arbetsterapeuter, sjukgymnaster och rehabiliteringsassistenter

politiker, verksamhetsansvariga och olika personalgrupper inom vård och omsorg i såväl kommun som landsting. Vi vänder oss i första hand till de samverkande huvudmännen och vår egen verksamhet men också till andra som är intresserade av att ta del av resultatet av detta samverkansprojekt. För att lättare få grepp om sammanhangen och en fullständig bild av verksamheten rekommenderas genomläsning av delrapporten från 2003², där vi beskrivit hur och varför Samrehab kom till, växte fram och fungerade under de första två åren.

Rapporten beskriver våra erfarenheter av den samordnade rehabiliteringsverksamheten ur olika perspektiv. I någon mån placerar den också Samrehab i ett omvärldssammanhang och ger en inblick i hur förändringar utanför Samrehab har satt avtryck i verksamheten. Den handlar dock bara till en liten del om behandlingsmetoder, ”vardagsarbetet” med patienterna och den mer eller mindre dagliga kontakten med exempelvis äldreomsorgen, vårdcentralerna och vårdavdelningarna vid lasarettet. Rapporten utgörs till största delen av en redovisning och analys av svaren vi fått via de enkäter, intervjuer mm som ingått i den interna utvärderingen.

Det hade naturligtvis varit önskvärt att kunna jämföra de resultat av rehabiliteringsinsatserna avseende funktion, aktivitet och livskvalitet som uppnåtts under Samrehabtiden med resultat i den tidigare organisationen. Uppgifterna finns, får man förutsätta, i varje enskild patients journal men måluppfyllelse och resultat har inte redovisats på gruppnivå mer än för en mycket begränsad patientgrupp. Vi hade förstås kunnat mäta utfallet av våra insatser ”under Samrehabresans gång”. För att svaren från en sådan mätning ska vara riktigt användbara krävs dock mycket förberedelsearbete. Gemensamma instrument för behovsbedömning, hur vi formulerar mål, mäter, tolkar och värderar resultatet av insatsen måste tas fram och implementeras. Det var omöjligt att klara allt detta under Samrehab's första tid, när vi alla i stället behövde lägga kraft på att få arbetet i den nya organisationen att flyta smidigt. På samma sätt hade det krävts mer än vad som var rimligt

² SAMREHAB MARK-SVENLJUNGA – IDÉ, VERKSAMHET OCH ERFARENHETER HITTILLS, www.aldrevast.hb.se/rapporter

att klara om vi skulle ha genomfört en jämförelse med andra verksamheter i vår närhet. Utvärderingsarbetet har trots allt, med handledningsstöd från ÄldreVäst Sjuhärad, till största delen genomförts med verksamhetens befintliga resurser.

Under hösten 2004 fattade respektive fullmäktige beslut om att förlänga försöksperioden ett år, d v s till och med 31/12 2006, för att en del frågor om politisk styrning, patientavgifter mm skulle kunna belysas ytterligare. I oktober 2005 fattas beslutet om huruvida, och i så fall i vilken form, rehabiliteringssamverkan skall övergå från försöksverksamhet till ordinarie drift.

Resultatet av utvärderingen, som utgått ifrån huvudmännens gemensamma mål för verksamheten, utgör en viktig del av underlaget för det politiska beslutet om Samrehab framtid.

NÅGOT OM DET SOM STYRT OCH OM DET SOM BLIVIT GJORT

Under Samrehab's första år fastställde nämnden sina mål för den närmaste planeringsperioden. De gemensamma värderingar som skulle vara vägledande i det dagliga arbetet med patienterna formulerades på följande sätt.

”Rehabilitering och habilitering är processer som syftar till bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga, större oberoende och högre livskvalitet. Insatser ges för att förbättra, vidmakthålla eller kompensera för nedsatt funktion och förmåga att klara det dagliga livet. Det är viktigt att se till det friska och ta vara på vars och ens resurser. Utgångspunkten för all rehabilitering och habilitering ska vara den enskildes behov. I vårt arbete skall den enskildes inflytande garanteras. Rehabilitering och habilitering ska erbjudas med respekt för den enskilda människans värdighet. Insatserna ska grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet, ges på bästa effektiva omhändertagandenivå och så långt möjligt i den enskildes närmiljö. Samrehab ska genomsyras av patientnyttan och hälsoperspektivet samt främja den enskildes egenansvar och närståendes delaktighet. Samverkan som nyckel till värdeskapande processer är en bärande idé i Samrehab.”³

Samrehab är ett organisationsförsök men befinner sig, precis som andra verksamheter och organisationer, i en större helhet. Under den första tiden präglades Samrehab i stor utsträckning av en inre ”institutionaliseringsprocess” (vilket berördes i delrapporten 2003). Externa förutsättningar, dvs händelser i vår omvärld, har dock på många sätt haft inverkan på vårt arbete och det vi åstadkommit lika mycket, eller ibland mer, än den gemensamma rehabiliteringsorganisationen i sig. Möjligen har vår samordnade rehabiliteringsverksamhet reagerat på och mött yttre omständigheter på ett annat sätt än det som blivit fallet om vi varit kvar i våra olika kommun-,

³ Nämndmål för Samrehab 2002-2005

primärvårds- och länssjukvårdsenheter.

Utvärderingen av Samrehab skulle, förutom att ge underlag för beslut om verksamhetens framtid, också utgöra underlag för förbättringsarbete under försöksperioden. Datainsamlingen har verkligen också givit oss många nya insikter och incitament till att försöka undanröja de kvalitetsbrister som framkommit. Utvärderingsgruppen har diskuterat och reflekterat över vad vi gör och hur, ibland utifrån rejält kritiska och utmanande frågeställningar. Alltmer har det blivit uppenbart att fler frågor behöver ställas och att en del av de frågor vi ställt kräver en fördjupning i ett fortsatt kvalitetsarbete. En del av detta har förts ut till de olika personalgrupperna och lett till förbättringar. I delrapporten lyfte vi fram det som då, efter den första datainsamlingsomgången, framstod som mest centralt för utvecklingsarbetet.

Vi vill här redovisa något av det som hänt i verksamheten. Till grund för denna sammanställning, som kunde ha gjorts betydligt längre, ligger bland annat det som kom fram när vi bad alla medarbetare att beskriva vad de ansåg vara viktiga händelser under Samrehabtiden.

Goda ekonomiska förutsättningar

De flesta landsting och kommuner brottas idag med frågor om resurser som inte vill räcka till och det talas allt mer om att den offentliga sektorn måste öka sin produktivitet. Genom att bilda Samrehab och samla all rehabilitering ”under en hatt” ville de samverkande parterna, vilket tidigare nämnts, prova nya lösningar för att möta förändrade och ökande behov av rehabilitering utan stora resurstillskott eller, som man också uttryckte det, ”få mer och bättre rehabilitering för pengarna”. Eventuellt frigjorda resurser skulle därmed inte lyftas från verksamheten. Med detta i ryggen har Samrehab haft stark drivkraft till förändringsarbete samt goda (och kanske bättre än de flesta verksamheter i vår närmaste omvärld) förutsättningar till utvecklings- och förändringsarbete.

Några har lämnat och andra har anslutit

I en stor personalgrupp blir det helt naturligt en del personalomsättning och behov av att rekrytera nya medarbetare. Hos oss har det inte minst

gällt vikarier för föräldralediga. Flera av Samrehab's arbetsterapeuter och sjukgymnaster bor utanför Mark och Svenljunga med ca en timmas resväg till jobbet. Några av dessa har lämnat oss för gott när det dykt upp arbete på hemmaplan medan andra har provat annat arbete en tid och sedan valt att återvända. Rekryteringsläget har varierat under försöksperioden. År 2002 hade vi mycket få sökande till vikariat och lediga tjänster, framför allt sjukgymnaster till våra hemrehabiliteringsteam. Genom den större möjlighet till flexibilitet och anpassning som en stor verksamhet medger kunde konsekvenserna för patienterna minimeras men belastningen på den befintliga personalen blev förstås tuff och en del utvecklingsarbete fick tidvis gå på sparlåga. Under den senaste tiden har antalet sökande till såväl tillsvidarejänster som vikariat till vår stora glädje varit i ständigt stigande.

Närsjukvård och mer specialiserade rehabiliteringsinsatser i hemmet

Närsjukvård definieras som den vård som med geografisk närhet behandlar de vanligaste patient- och sjukvårdsgrupperna och som tillgodoser människors behov av en nära och frekvent relation med vården. Den kännetecknas av helhetssyn, kontinuitet, samverkan och ett hälsofrämjande förhållningssätt. Närsjukvård bedrivs i patientens hem, i särskilda boenden, vid vårdcentraler och sjukhus. I vårt område har utvecklingen av närsjukvård och Skene lasarett som ett närsjukhus fokuserats under den senaste tiden. Bland annat har vårdutbudet vid Skene lasarett breddats kraftigt genom flera specialistmottagningar. Till dessa har också knutits nya resurser för arbetsterapi och sjukgymnastik. Rehabilitering är över huvud taget en viktig del i utvecklingen av närsjukvård och Samrehab deltar på flera sätt i det arbetet.

En av grundbultarna när Samrehab bildades var att rehabiliteringen skulle ske i en väl fungerande vårdkedja och så långt möjligt i den enskildes närmiljö. Hittills har ”basteamen” svarat för i stort sett alla insatser i hemmet. Med de korta vårdtiderna i slutenvården, kvarvarande behov av rehabilitering efter utskrivning från sjukhus och allt mer avancerad vård i hemmet har också Samrehab's specialiserade rehabiliteringsteam börjat göra hembesök. Troligen har rehabiliteringsverksamheten här ett av sina

stora utvecklingsområden under de nästkommande åren, alldeles oavsett organisation.

Fler funktionshindrade

Antalet boende i gruppboende enligt LSS har ökat markant, framför allt i Marks kommun, under perioden 2001-2004. Fler personer får stöd i form av daglig verksamhet. Behovet av habiliteringsinsatser från arbetsterapeut och sjukgymnast, för att stärka den enskildes möjligheter att leva ett mer självständigt och oberoende liv, har också ökat. För att kunna möta detta, inte minst kompetensmässigt, har Samrehab fört samman, och i någon mån omfördelat, resurser till ett gemensamt habiliteringsteam för våra båda kommuner.

Rutinerna är bra men det blir ”svajigt” när de inte följs

Förändringar inom äldreomsorgen påverkar i hög grad Samrehabs arbete. Våra hemrehabiliteringsteam och socialförvaltningarnas äldreomsorg måste vara väl ”synkroniserade” om insatserna för våra patienter/vårdtagare ska bli optimala.

I Marks och Svenljunga kommun är rehabiliteringsperspektivet sedan länge tydligt, exempelvis i målen för socialförvaltningen och riktlinjerna för biståndsbedömning och nu också i rutinerna för utskrivningsklara inom ReKo⁴. Det är därför alldeles självklart att arbetsterapeuter och sjukgymnaster ska medverka vid vårdplaneringar. Båda kommunerna har nu, på lite olika sätt, avdelat särskilda personer eller team för vårdplaneringen vid sjukhus. Tidigare var i stort sett samtliga biståndsbedömare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster involverade, var och en för personer inom sitt eget ansvarsområde. Med den nya ordningen sparar man tid, stärker bedömningskompetensen och ökar säkerheten för lika bedömning. Sedan

⁴ Vårdsamverkan mellan kommunerna i Sjuhärad, Samrehab, Primärvården Södra Älvsborg samt Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). <http://reko.vgregion.se>

en tid tillbaka finns också rutiner för uppföljning av ”verkställigheten” av den gemensamma ”insatsplan” som blir resultatet av en vårdplanering.

Med de här rutinerna har vi mycket goda möjligheter att tillsammans erbjuda invånare i Mark och Svenljunga de bästa rehabiliteringsinsatser. När rutinerna sviktar, som de gjort tidvis vid personalbyten och organisationsförändringar i äldreomsorgen, blir det dock tydligt hur beroende hemrehabiliteringsteamerna är av att dessa rutiner fungerar om de i ett helhetsperspektiv ska kunna initiera, utföra och följa upp de insatser som patienterna behöver.

Gemensam grund i vardagsarbetet

Om vi ska lyckas med vårt uppdrag och nå våra mål måste alla jobba för det gemensamma bästa. En viktig målsättning för Samrehab har därför varit att utveckla gemensamma rutiner och riktlinjer som bygger på de bästa metoder vi känner till. Syftet har varit att öka säkerheten för att patienternas behov av arbetsterapi och sjukgymnastik bedöms på likvärdigt sätt och, för de patienter som tas om hand på mer än en vårdnivå, utifrån en gemensam helhetssyn. I olika arbetsgrupper har vi därför bland mycket annat tagit fram prioriteringsordningar, riktlinjer för behandling och hjälpmedelsförskrivning samt rutiner för att säkra följsamheten till olika föreskrifter. Gemensamma utbildningar och utvecklingsdagar har hjälpt till att bygga en plattform för gemensamma värderingar. Lika viktigt har det varit att delta i vårdkedjearbete, utformning av vårdprogram och andra tvärprofessionella riktlinjer tillsammans med våra samarbetspartners inom Sjuhärad. Det är svårt att säga vad som hänger ihop med Samrehab och vad som hade blivit gjort ändå. Ett är dock säkert, det är mycket som har blivit gjort! Och mycket som återstår! Arbetet lär aldrig bli färdigt eftersom nya behov, resurser osv kräver ständiga förbättringar!

Reflexioner om målinriktat arbetssätt

Vid den första enkät- och intervjuomgången fann vi att det fanns behov av att arbeta med frågor kring målsättning för den enskilda patientens rehabilitering, vilket vi också beskrivit i delrapporten. Hur tänker arbets-

terapeuter, sjukgymnaster och rehabiliteringsassistenter kring målsättning? Sätter man mål enligt gemensamma strategier eller gör var och en på sitt sätt? För att starta processen lät vi all personal i mindre handledda grupper reflektera över några påståenden om mål som handledaren i förväg skrivit på "åsiktskort".

Exempel:

Jag har en definition av vad jag menar är ett mål.

I min arbetsgrupp är vi överens om hur vi sätter mål.

Jag avgör om patientens mål är realistiskt att uppnå.

Om patienten inte kan formulera sitt mål sätts inga mål.

Jag återkopplar alltid de framsteg patienten gör till de mål patienten satt upp.

Målen behöver inte alltid utvärderas ihop med patienten.

Under gruppdiskussionerna framkom att det i stora drag fanns en gemensam tanke hos personalen om att man behöver mål och att dessa om möjligt skall sättas gemensamt med patienten. I så stor utsträckning som det bara går ska det vara patientens mål som styr och det är viktigt att ha delmål för att konkretisera och tydliggöra men också för att ha koll på att "man är på rätt väg". Det framkom dock också att man långt ifrån alltid arbetade så. Inte sällan kastade man sig rakt in i behandlingar och utprovning av hjälpmedel utan att ha diskuterat målsättning över huvudtaget. Man var enig om att mål ska vara specifika, användbara och realistiska men inte om att de ska vara tidsbestämda och mätbara. Enigheten var däremot nästan total om att mål som inte har något tidsperspektiv alls lätt leder till att behandlingar bara fortsätter och fortsätter. Många saknade bra instrument för att mäta patientens upplevda livskvalitet, vilket förstås är ett övergripande mål för vårt arbete. Flera arbetsterapeuter och sjukgymnaster sa att de, efter den utbildning i kognitivt förhållningssätt som samtlig personal genomgått, provat att ställa mer öppna frågor och inte vara så snabba med att presentera färdiga lösningar.

Gruppdiskussionerna väckte många nya tankar och gjorde deltagarna mer medvetna om sitt eget "tänk" och sitt eget sätt att arbeta. Genom reflexionerna över målsättning blev faktiskt hela rehabiliteringsprocessen

belyst och vi är övertygade om att vardagsarbetet påverkats. Vi har tillsammans fått massor av ny information och kunskap som kan hjälpa oss i det fortsatta förbättringsarbetet. Att hitta tid för reflexion, utan egentliga krav på prestation, är inte lätt. Att ”utmana” och ”granska” sitt eget förhållnings- och arbetssätt är kanske det svåraste av allt. Men - vi är nog ganska säkra på att detta var väl använda resurser och en god investering för arbetet i fortsättningen.

Efterfrågan eller behov

Samrehabnämnden beslöt tidigt att vår verksamhet skulle styras av behov och inte av efterfrågan. Men hur visar sig behoven och hur definieras de? Är det patienterna, professionen eller politikerna som ska definiera? Kan efterfrågan definieras med ”de som knackar på dörren”? Och hur är i så fall efterfrågan kopplad till det som vi har redskap för att möta? Vad ska ingå i ”vårdutbudet” och vad ska inte ingå? Vilka behov kan och ska vi möta? Hur kan och ska vi möta patientens behov? Dessa frågor är ständigt aktuella i hela verksamheten men vi har valt att lyfta fram några funderingar med koppling till sjukgymnastikmottagningarna.

Vid starten av Samrehab var väntetiderna långa till polikliniska sjukgymnastinsatser på basnivå, upp till flera månader. Genom det intensiva och målmedvetna arbete som sjukgymnasterna genomfört med hjälp av konceptet ”Bra mottagning”, efter modell från Jönköpings län, har väntetiden minskats till runt ett par veckor som mest.

Trots att det i Västra Götaland inte finns något krav på läkarremiss för sjukgymnastikbehandling kommer de allra flesta patienter till Samrehabs mottagningar efter remiss. ”Trycket” varierar därmed delvis beroende på läkarbemanningen. Ju fler läkare desto fler remisser. Vi arbetar hela tiden hårt för att nå målet, och för att sedan kunna behålla, maximalt 1 veckas väntan för en första bedömning men måste ändå ställa oss frågan om efterfrågan alltid speglar behovet av sjukgymnastik. Genom kontaktregistreringen i journalprogrammet mäter vi kontinuerligt uteblivna besök och återbud och vi tycker siffrorna ligger väl högt. Hur motiverade är de patienter som uteblir ofta? Vilken information har de fått av sin läkare? Vem ”håller i dem”? Hur ser de på sin egen roll som aktör i den egna rehabiliteringsprocessen? Hur

kan vi lyckas med våra åtgärder om patienten inte är beredd att satsa själv eller kanske bättre hade behövt någon annan insats? Den senaste tiden har några av våra sjukgymnaster fått grupphandledning kring frågor om hur man kan möta och motivera dessa patienter.

Sammantaget har detta lett fram till förvisningen om att samtliga aktörer måste bli bättre på att göra den enskilda patienten mer delaktig om vi ska lyckas med rehabiliteringsåtgärder av olika slag. Återigen handlar det om att göra en bra bedömning om behovet och vilken insats som är den rätta, kanske i ett mångprofessionellt bedömningsteam för personer med mer komplexa behov och problem. Dessa frågor har också lyfts in i den process som inletts i vårt område för att bilda ett samordningsförbund inom lagstiftningen för finansiell samordning mellan arbetsförmedling, försäkringskassa, kommun och landsting.⁵

Vård eller inte vård – det är frågan

Behovet av och kravet på att göra patienten delaktig betonas allt mer. Det är ju patientens behov, förhoppningar, förväntningar och mål i livet det handlar om. Vad vill patienten? Vilka strategier har han eller hon? Vad behöver patienten av oss för att få en bättre livskvalitet? Som ett led i att stärka förmågan att, med samtal som metod, involvera patienten i varje del av rehabiliteringsprocessen, har all personal genomgått utbildning i kognitivt förhållnings- och arbetssätt. Syftet var också att ge personalen bättre redskap för att kunna avgränsa och lotsa patienten vidare om efterfrågan eller behov antingen inte faller inom vårt ansvar eller bättre tillgodoses på annat sätt, t ex av andra professioner.

I delrapporten identifierades egenansvar och hälsoperspektiv som viktiga utvecklingsområden för den fortsatta resan. Rehabiliteringsarbetet har till stor del kretsats kring och fokuserats på vad som uppfattas som patientens ”problem”. I vår iver att behandla, träna och kompensera med hjälpmedel

⁵ Information om den förstudie som genomförts inför eventuellt bildande av ett samordningsförbund för Bollebygd, Mark och Svenljunga kan lämnas av Lena Ehrnlund, samrehab@mark.se.

har vi, med detta problembaserade synsätt, inte alltid belyst och tagit tillvara de ”styrkor” och resurser som patienten faktiskt har med sig i bagaget. Vår ambition har därför varit att föra in ett mer tydligt hälsoperspektiv i vårt arbete. I detta ingår också att stärka den enskilde i att använda sina resurser och ta ökat eget ansvar för sin hälsa.

Detta synsätt har lett till att rehabiliteringsprogrammen för en del av våra patientgrupper nu innehåller mer av stöd till den enskilde att, utifrån sina egna intressen och förutsättningar, finna möjliga aktiviteter i det ”allmänna utbudet”. Kanske var vi tidigare lite för benägna att erbjuda anpassade aktiviteter inom sjukvårdens ram. Den kunskap om funktionshinder som arbetsterapeuter och sjukgymnaster besitter, kan användas mer till att stödja den enskilde att avbryta sin ”vårdrelation” och vända blicken mot aktiviteter i föreningsliv, frivilligorganisationer och liknande.

Genom införandet av FAR (Fysisk aktivitet på recept) kommer exempelvis sjukgymnasternas arbete till någon del att styras om för att stödja kommuninvånarna till bra egenvård.

I dagrehabiliterings- och strokegrupperna ingår numera som en viktig del att informera om föreningsliv och de aktiviteter som står till buds i det ”allmänna utbudet”. Någon eller några gånger åker grupperna tillsammans med rehabiliteringspersonalen och prövar på någon av dessa aktiviteter. Målet är att deltagarna, utifrån egna önskemål och behov, ska hitta en väg tillbaka till aktiviteter i gemenskap med andra utanför sjukvården.

Den bassängräning som är att betrakta som egenvård, och som sjukgymnaster av tradition har ansvarat för, leds nu av andra ”vattengympaledare”. Sjukgymnasterna har vid behov utbildat, och fungerat som stöd till, de som tagit över grupper där det inte krävs sjukvårdskompetens men där det finns behov av anpassad träning i uppehållande eller förebyggande syfte.

Hur skriver vi egentligen?

Patientdokumentation har under senare år tenderat att ta allt mer tid i anspråk, vilket också uppmärksammats av Socialstyrelsen. När vi började arbeta med utvecklingen av den gemensamma rehabiliteringsjournalen som ett instrument för ”överrapportering” mellan berörd personal inom

Samrehab, överraskades vi av hur vanligt det är med dubbeldokumentation. Exempelvis skriver inte sällan alla arbetsterapeuter och/eller sjukgymnaster, som möter patienten, var sin anamnes, med mer eller mindre identiskt innehåll. Det visade sig också att arbetsterapeuter och sjukgymnaster definerar och tolkar gemensamma termer och begrepp helt olika. Med bland annat en Samrehabgemensam mall för strukturering av anamnesskrivning har vi förhoppningsvis tagit något steg på väg mot målet ”minsta möjliga dokumentation”.

Vid den journalgranskning som genomförts⁶ som en del av utvärderingen fann vi, särskilt vid det första tillfället, att det ofta var svårt få en helhetsbild av patientens rehabiliteringsprocess. Den röda tråden, med kopplingar mellan bedömning, mål, insats och resultat saknades i flera journaler. Målen för insatsen var långt ifrån alltid dokumenterade och det var alltså svårt att utläsa om åtgärderna lett till önskat resultat. Vi fann att det saknades anteckningar om uppföljning av förskrivna hjälpmedel och om hur de påverkat patientens aktivitetsförmåga. I arbetsterapeutens och sjukgymnastens arbete är det viktigt att ringa in och ta tillvara patientens resurser men det var övervägande problemen som hade dokumenterats. Vi kan inte säkert veta i vilken mån de granskade journalerna speglade det faktiska arbetssättet men om det i någon mån var så behövde vi fundera över huruvida vi verkligen alltid arbetade på ett effektivt sätt. Det finns mycket som talar för att en genomtänkt journalstruktur stöder en bra rehabiliteringsprocess och vice versa. Vi har därför ägnat en hel del arbete åt att forma sökordsmallar som följer processerna för olika patientgrupper. Mycket arbete återstår!

Hjälpmedel - en viktig del av rehabiliteringsarbetet

Tillgången till hjälpmedel kan vara avgörande för den enskildes frihet och förmåga att klara nödvändiga vardagliga aktiviteter. Förskrivning och hantering av hjälpmedel utgör också en stor och viktig del av Samrehab

⁶ Mer från journalgranskningen presenteras i kapitlet med resultatredovisning.

verksamhet. Det gäller inte minst för våra äldre patienter. I HI: s (Hjälpmiddelsinstitutets) Äldrestatistik 2004 anges att 21 % av 70-åringar och 47 % av 76-åringarna i ordinärt boende har ADL-hjälpmedel, exempelvis toalettstolsförhöjning och badbräda. Minst 70 % av alla förskrivningar avser hjälpmedel till personer som är 65 år och äldre. Under 2002 förskrevs i landet ca 28 000 manuella rullstolar till personer mellan 65 och 79 år, vilket motsvarar 26 rullstolar per 1000 invånare i åldersgruppen. Till personer 80 år och äldre förskrevs ca 55 000 rullstolar, vilket motsvarar 117 rullstolar per 1000 invånare i den åldersgruppen.

Det är dock väsentligt att ha i minnet att kompensation med hjälpmedel inte ska ersätta möjligheten att återerövra en funktion genom behandling/träning. Förskrivningsprocessen innefattar bedömning av den enskildes behov ur ett helhetsperspektiv där många olika faktorer och möjliga åtgärder ska vägas in. Detta är inte alltid helt lätt, särskilt då patient eller anhörig trycker på och vill ha ett hjälpmedel som av arbetsterapeut eller sjukgymnast bedömts vara olämpligt eller obehövligt. För att ge tillfälle för gemensamt lärande och öka säkerheten för att bedömningarna blir likvärdiga, utifrån gällande regelverk och riktlinjer, har Samrehab inrättat ett ”råd” där det finns möjlighet att ta upp kniviga frågor och få stöd av erfarna kollegor.

När Samrehab bildades blev hjälpmedelsverksamheten en egen enhet med en hjälpmedelschef som har ansvar för kostnader och hantering av samtliga hjälpmedel som förskrivs till invånare i Mark och Svenljunga, oavsett huvudmannaskap. Detta har givit oss mycket bättre möjlighet till ekonomisk uppföljning och till att skapa ordning och struktur i handhavandet. Förskrivning av hjälpmedel utgör en stor del av främst arbetsterapeuternas men även sjukgymnasternas arbete och det underlättas betydligt om stödprocesserna är lättförståeliga och smidiga.

Hjälpmedelsavdelningen har tillsammans med förskrivare inom Samrehab och i olika arbetsgrupper med företrädare för regionen och grannkommunerna bland annat tagit fram rutiner för beställning och återlämning, dokumentation kring hjälpmedel, låneförbindelse med indivi-

danpassad information samt olika utprovings- och uppföljningsdokument. Tillsammans med Samrehab MAR⁷ samt MAS⁸ i de båda kommunerna har hjälpmedelschefen också sammanställt en handbok för hantering och användning av medicintekniska produkter.

Hjälpmiddelsavdelningen hanterar också de hjälpmedel som köps in av socialförvaltningen i Mark som grundutrustning till särskilda boenden. För att kvalitetssäkra användandet av dessa produkter har ett skriftligt informationsmaterial som ska vara tillgängligt för all omvårdnadspersonal tagits fram. Det samma är på gång för Svenljunga del.

Dubbelt Arbete Till Alla eller nya möjligheter?

För Samrehab, vars personal finns lokaliserad till fyra orter, har tillgången till E-post och Internet för alla anställda varit ett ovärderligt stöd för det interna informationsutbytet. Under försöksperioden har Marks kommun infört ett nytt system för dokumenthantering och ett nytt personaladministrativt system där de anställda själva rapporterar arbetad tid, semesteransökan mm. Web-Sesam, system för beställning av hjälpmedel från hjälpmedelscentralen, har införts. Den första tiden var inte helt enkel på grund av en del stopp, nätverksproblem och funktionsbrister i programmet. Svårigheterna uppvägs dock av de nya möjligheterna att följa upp hjälpmedelsanvändningen. Det gemensamma datajournalprogrammet underlättar informationsöverföring mellan olika behandlare inom Samrehab och kvalitetssäkring av patientdokumentationen. Införandet för drygt två år sedan gick dock inte helt friktionsfritt p g a en del tekniska bekymmer.

De möjligheter som ett väl fungerande IT-stöd kan ge blir allt tydligare. Just när nya system introduceras känner dock många mer frustration än tillförsikt. Det är ganska naturligt eftersom det nästan alltid är förenat med en hel del tekniskt strul innan det nya fungerar som det är tänkt. Det tar också tid att ändra invanda pappersrutiner och, inte minst, för alla medarbetare att lära sig använda nya program på ett smidigt sätt.

⁷ Medicinskt ansvarig för rehabilitering (i Samrehab liktydigt med verksamhetschef)

⁸ Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Lokaler

Samrehab personal har sin arbetsplats i lokaler vid fyra olika orter inom Mark-Svenljungaområdet. Vid Furubergsgården i Svenljunga, dit också vårdcentralen är lokaliserad, finns det gemensamma lokaler för hemrehabiliteringsteamet och mottagningsverksamheten på basnivå. I Sätilla finns en sjukgymnastikmottagning i anslutning till vårdcentralen. Vid Kinnaborgshem, också i nära anslutning till vårdcentral, finns Kinnas sjukgymnastikmottagning och Samrehab korttidsavdelning för rehabilitering. Lasarettsområdet i Skene är arbetsplats för ca 70 % av Samrehab personal. Där finns naturligtvis de specialiserade teamen som ansvarar för insatser till ineliggande patienter och för mottagningsverksamheten med specialiserade arbetsterapi- och sjukgymnastinsatser. Mottagningarna för arbetsterapi och sjukgymnastik på basnivå finns där också liksom kontorslokaler för hemrehabiliteringsteamet i Mark. Hittills har denna vår verksamhet varit lokaliserad på olika håll inom lasarettsområdet. Efter att frågan om gemensamma lokaler stötts och blötts under flera år har planerna äntligen realiserats. Efter ett jättearbete som i sig inte minst varit en stor samarbetsövning skall allt stå klart sommaren 2005. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster från alla verksamhetsgrenar kommer att arbeta nära varandra och använda lokalerna tillsammans. I Skene får Samrehab därmed göra skäl för namnet även lokalmässigt. Vi är förvissade om att samlokaliseringen kommer att ge flera möjligheter till samordningsvinster, också utöver det som redan identifierats.

I samband med ombyggnaden och samlokaliseringen i Skene kommer Samrehab t ex att äntligen förfoga över egna lokaler för dagrehabilitering i Mark på samma sätt som i Svenljunga. Tidigare kunde några av de särskilda boendena i Mark ställa lokaler till förfogande men med minskat antal boenden och ändrade behov, såväl för boende som vår dagrehabilitering, har denna möjlighet dock i det närmaste försvunnit. Bristen på ändamålsenliga lokaler har olyckligtvis medfört att vi inte kunnat bedriva dagrehabilitering i den omfattning och med den kontinuitet som behövts.

FRÅGOR OCH SVAR

Inledning

Med de frågor vi ställt i utvärderingen har vi försökt få svar på hur väl Samrehab lyckats uppnå:

1. Huvudmännens mål
 - obruten rehabiliteringskedja
 - ingen patient skall riskera att hamna mellan stolarna eller bollas runt i systemet
 - effektiv rehabilitering av hög kvalitet till lägre kostnad genom samordning, gemensamma strategier, enhetliga rutiner, bättre resursutnyttjande och specialisering
2. Samrehabnämndens mål
 - patientnytta och hälsoperspektiv skall genomsyra verksamheten
 - verksamheten skall främja den enskildes egenansvar och livskvalitet
 - rehabiliterande synsätt skall spridas
 - kompetensen skall vara så hög att den efterfrågas mer inom hälso- och sjukvård, hälsofrämjande verksamhet samt bevarande och förebyggande verksamhet

Utvärderingsgruppen⁹ kom fram till att målen sammantagna är indikatorer för effektiv rehabilitering och att det övergripande målet för Samrehab därmed helt enkelt kan sägas vara ”effektiv rehabilitering”. Men vad är då effektiv rehabilitering? Begreppet förknippas ofta med kvantitet och det är exempelvis inte ovanligt att man i mediedebatten om sjukvård jämför

⁹ Se försättsblad

antal besök per vårdgivare med effektivitet. Begreppet är naturligtvis betydligt mer komplext. Effektiv rehabilitering handlar ytterst, enligt vår tolkning, om resultatet för patienten och de resurser i vid mening som krävs för att nå dit. Men hur mycket resurser kan vi använda för att uppnå ett patientmål? Det är många som ska dela på kakan och resurserna är ändliga så vi måste vara duktiga på att prioritera och att välja rätt åtgärd. I delrapporten¹⁰ belyser vi denna problematik med en ”insats- och behovstrappa”. För att det inte ska uppstå ett ”värdegap” (den enskildes behov blir inte tillfredsställda) eller ett ”kostnadsgap” (vi använder mer resurser än nödvändigt) krävs en god bedömning av rehabiliteringsbehoven och väl underbyggda mål för den enskildes rehabilitering.

Vi menar att effektiv rehabilitering också innebär att färre patienter kommer tillbaka till oss för samma problem genom att de, där det är möjligt, tillägnat sig strategier för egenvård och hur de därmed själva, eller med stöd av anhöriga och omvårdnadspersonal, kan påverka sin situation.

Preventiva åtgärder till riskgrupper, såsom fallprevention till äldre inom särskilda boenden, är ju inte rehabilitering ”i sig” men kan mycket väl vara en viktig aspekt av effektiva arbetsterapi- och sjukgymnastinsatser. Förutom att de kan ”spara” mänskligt lidande kan de minska behovet av vård- och rehabiliteringsinsatser.

Vi har, som tidigare nämnts, inte haft möjlighet att genomföra det mycket resurskrävande arbete som skulle ha krävts för att mäta graden av måluppfyllelse för patienterna på gruppnivå. Vi fick därför nöja oss med att mäta det som vi antog skulle kunna indikera att vi arbetade på ett effektivt sätt. I detta ingick också att undersöka om patienterna var nöjda med den insats de fått. Att ställa frågor/påståenden utifrån detta har varit en grannliga uppgift. Så också att i ett och samma frågebatteri fånga in den stora variation av patientgrupper som ryms inom ramen för Samrehab verksamhet. Det har inte funnits utrymme tidsmässigt att sammanställa särskilda enkäter

¹⁰ Sid 27

för varje målgrupp. Det innebär att alla frågor inte har samma giltighet för varje patient eller patientgrupp. Vår ambition och förhoppning är att de svar vi fått ändå grovt skall spegla uppfattningarna om Samrehab och ”vartåt det lutar”.

Bra att ha i åtanke vid läsningen

- De frågor som i det följande återfinns i rutorna i början av varje redovisat resultatområde härrör från resultatet av de diskussioner som utvärderingsgruppen hade för att vaska fram ”indicerande” frågor utifrån de övergripande målen för Samrehab.
- Under rubriken Kompletterande beskrivning ger vi en del fakta om exempelvis struktur och processer, vilka kan ge svar på några av de frågor (i de rutor som inleder varje avsnitt) som vi inte sökt eller kunnat söka svar på genom enkäter och intervjuer.
- Vid den första datainsamlingsomgången hade Samrehab redan varit igång drygt ett år. Resultaten från år 2002 kan alltså inte tolkas som ett ”nolläge”.
- I redovisningen återkommer på flera ställen beteckningen ”team” vilket i de flesta fall kan jämföras med verksamhet eller verksamhetsgren.
- De 12 intervjuade patienterna i respektive intervjuomgång lottades fram bland dem som hade vårdplanerats och därmed förväntades ha haft kontakt med flera rehabiliteringsaktörer i en vårdkedja.
- Patientenkäterna lämnades, under två dagar vid varje mätillfälle, till samtliga patienter utom de som exkluderades av etiska skäl, exempelvis personer som vårdades i livets slut.
- Genom lottning uttogs vid vardera intervjutillfället 3 personal från respektive verksamhetsområde (specialiserad rehabilitering,

hemrehabilitering samt mottagningsverksamheten på basnivå), dvs inalles 9 medarbetare. Personer med mindre än ett års erfarenhet inom Samrehab exkluderades.

- Personalenkäterna har besvarats av samtlig månadsanställd personal, d v s även de medarbetare som anställdts efter att Samrehab startade, inklusive vikarier. Vid första enkäten 2002 var 34,7 % av de svarande anställda efter 1/5 2001, vid den andra enkäten 2003 var siffran 37,3 % och slutligen vid den tredje 41,6 %.
- Resultaten från datainsamlingen redovisas omväxlande i grafer och text. Vi har valt att bara ta med det som, enligt utvärderingsgruppens bedömning, bäst belyser respektive frågeområde. Det finns alltså en mängd data som inte redovisas här¹¹.
- Graferna visar bara ”önskvärda svar”, d v s de som instämt helt eller i stor utsträckning i ställda påståenden där det funnits flera svarsalternativ i enkäterna. Ju längre staplar, d v s ju fler som instämmer, desto närmre målet är vi alltså.
- I appendix till denna rapport finns ”Utvärderingsreflektioner” i vilka vi kort beskriver och reflekterar över utvärderingens uppläggning och genomförande.

¹¹ Samtliga svar finns tillgängliga i webbilaga på ÄldreVäst Sjuhärads hemsida www.aldrevast.hb.se. Där återfinns också beskrivning av administrationen kring datainsamlingen.

En obruten rehabiliteringskedja där ingen ska bollas runt i systemet

Är vårdnivån definierad dvs vad som skall tas om hand på specialiserad- respektive basnivå? Vem definierar och hur?

Tar den personal som först kontaktas ansvar för att patienten får kontakt med rätt person och att en åtgärd inleds?

Tas patienter om hand på rätt nivå?

Hamnar patienten på rätt plats, i vilken utsträckning ”slussas” patienten till specialist?

Vet patienten vart hon skall vända sig?

Har patienten fått en sammanhängande rehabiliteringsinsats dvs inte fallit mellan stlarna eller bollats runt i systemet?

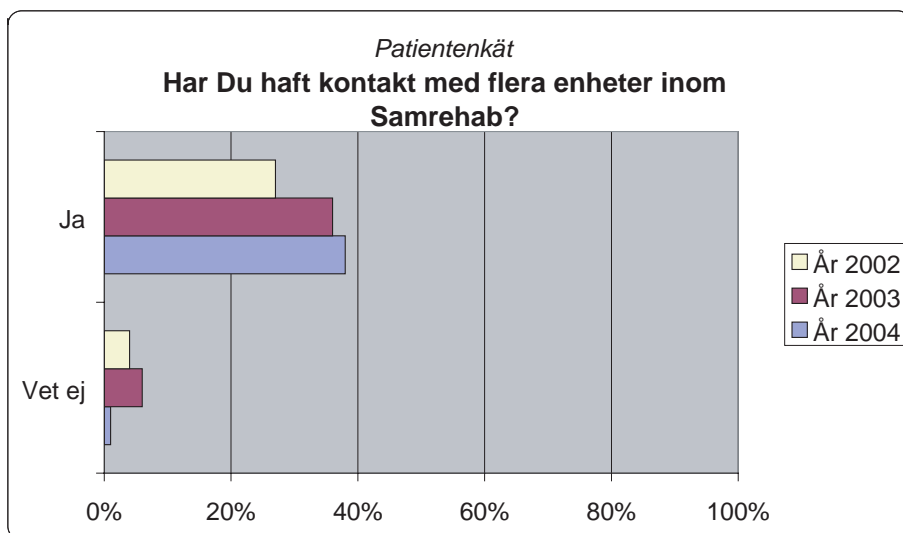
Hur fungerar informationsöverföringen mellan olika vårdnivåer?

Patienterna tar för givet att vi samordnar

I *patientintervjuerna*, där svaren inte skiljde sig nämnvärt mellan de båda tillfällena, framkommer det att patienterna är osäkra på om de fått rehabiliteringsinsatser från olika team inom Samrehab men de tycker att det är självklart att det skall finnas en samordning. Patienterna lägger inte någon vikt vid hur överföringen av ansvar mellan olika team går till så länge det fungerar smidigt. Alla verkade nöjda med hur vårdkedjan fungerat inom Samrehab.

Samtliga intervjuade upplevde att det varit lätt att få kontakt med Samrehab, och var helt nöjda med det sätt de fått kontakt. Ingen hade råkat ut för att ”bollas” mellan olika personer. Antingen hade kontakten skett genom att någon (oftast läkare, men även distriktssköterska eller hemtjänstpersonal) kontaktat Samrehab, varifrån arbetsterapeut eller sjukgymnast sedan ringt upp, eller så hade man fått ett telefonnummer att ringa själv och då i samtliga fall hamnat direkt hos rätt arbetsterapeut eller sjukgymnast. I några fall hade patienten redan en väl upparbetad kontakt med arbetstera-

peut eller sjukgymnast sedan många år, så någon ny kontakt med Samrehab hade inte varit aktuell. Hälften av patienterna betonade hur bra det var att ha en person som man kände och kunde vända sig till med sina problem.



Figur 1. Det är en relativt liten andel av de tillfrågade patienterna som uppger att de haft kontakt med flera enheter inom Samrehab. Det finns också några som inte vet. En stor patientgrupp har säkerligen bara haft kontakt med t ex någon av sjukgymnastikmottagningarna men vi tror att det är fler som fått insatser på mer än en "vårdnivå" än det som framkommit i svaren.

"Pat kommer till rätt rehab snabbare"

I den andra *personalintervjun* framgår det att man tycker att det finns lite tydligare rutiner om vart patienten hör, man har den gemensamma journalen till hjälp, man vet vem man skall ringa. Fler än hälften av de tillfrågade anser att man nu klargjort vilka team som ska ta hand om vilka patienter och man lägger inte så mycket tid och energi på att reda ut vart en patient hör.

Några tror inte att patienterna märkt någon skillnad sedan Sam-

rehab startade och har uppfattningen att patienterna inte ”bollades runt” tidigare heller.

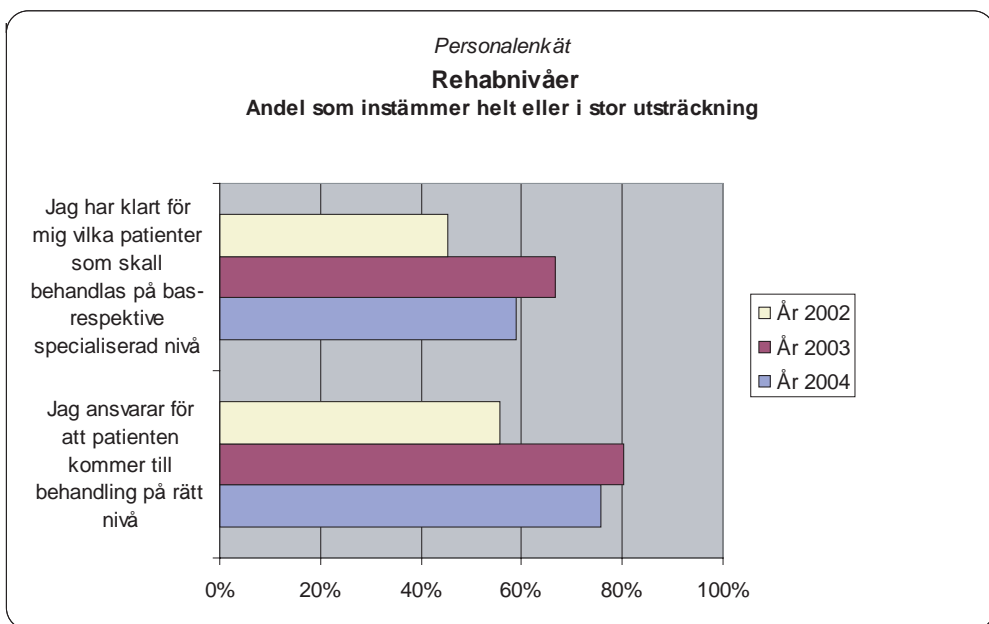
Alla uppger att det finns rutiner för samordning. Behovet av samordning varierar dock beroende på patient. Flera nämner att läkaren är viktig person att samordna med, men endast få av de intervjuade har regelbundna möten med ”sina” läkare. Faktorer som gör att samordning fungerar bra uppges vara personkännedom, närhet lokalmässigt, struktur för tider och mötesordning. Även prestigelöshet mellan professioner, gemensamma mål, bra ledning och engagemang nämns. Man uppger också att den gemensamma journalen har gynnat samordningen inom Samrehab. Gemensam journal eller utökad läsbehörighet med verksamheter utanför Samrehab skulle förbättra ytterligare. Några tycker att samordningen skulle behöva förbättras för palliativa patienter som växlar mellan vård i hemmet och på lasarett.

I de skriftliga kommentarerna till *personalenkäterna* från 2002 finns det en stor förhoppning om att Samrehaborganisationen en gång för alla skall lösa problemet med patienter som ”bollas runt i systemet och/eller hamnar mellan stolarna”. Några exempel från 2002; ”Upplever ett större gemensamt ansvar för att patienterna, ingen skall falla mellan stolarna, som man pratat mycket om”. Några uttrycker farhågor kring och är bekymrade för risken att just de skall få en större mängd patienter att ta hand om medan andra anser att ”Mycket tid får läggas på bedömningar för att få pat till rätt nivå”.

År 2003 har förhoppningarna om att patienterna inte ska ”bollas runt i systemet eller hamna mellan stolarna”, till stor del infriats. Det vittnar många kommentarer om. ”Pat kommer till rätt rehab snabbare, det blir tydligare var patienten ‘hör hemma’, t ex pol eller hemrehab.”

De rädslor som eventuellt fanns för att några skulle få fler patienter att behandla än tidigare och att mycket tid skulle gå åt för att slussa patienter till rätt nivå har inte uppmärksamrats och det finns endast en kommentar rörande detta ”Tidskrävande att slussa patienter till rätt nivå”.

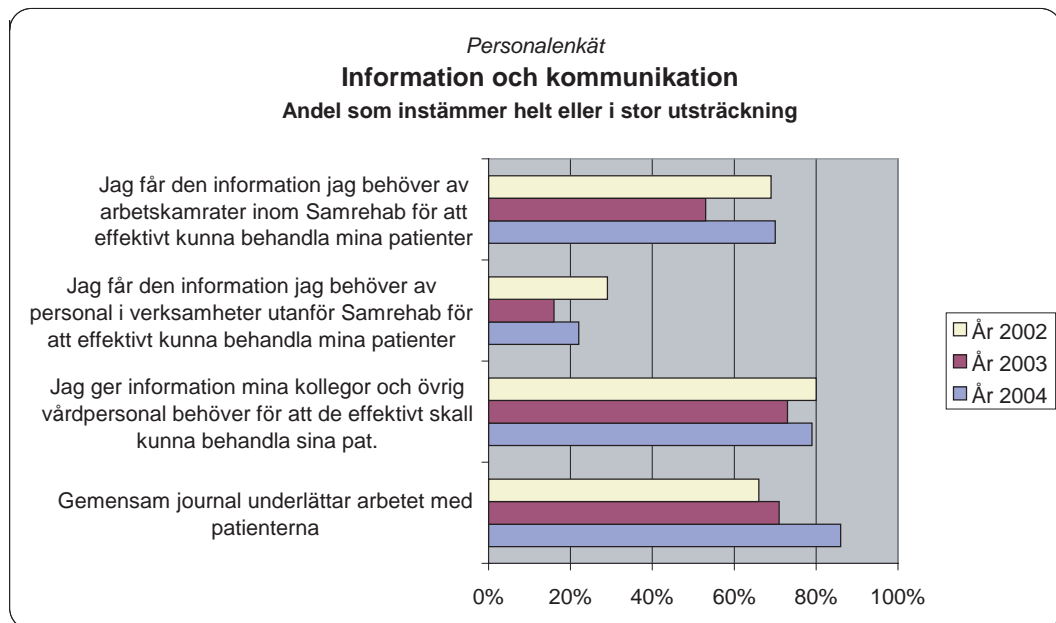
Vid det sista mättillfället finns en närmast total enighet kring att ”Patienten blir lotsad till rätt team”, ”Patienten sätts i fokus och hamnar inte mellan stolarna”. Vidare lyfts vårdkedjans betydelse fram. Inga kommentarer kring tidigare uttryckta rädslor eller farhågor ges.



Figur 2. Personalen vet i ökande utsträckning på viken nivå patienten skall behandlas och tar ansvar för att han eller hon får träffa rätt behandlare.

Ytterligare kommentarer i *personalenkäten* är att det är positivt med gemensam journal, att det är den största vinsten med Samrehab, men att det är negativt att inte kunna läsa/läsas utanför Samrehab. ”Det vore bra med *en* patientjournal, inte en för varje huvudman eller yrkesgrupp!”

Personalens svar på frågor som rör samordning med kollegor och team inom respektive utanför Samrehab uppvisar i stort sett inga skillnader mellan de olika mätillfällena, men man anser genomgående i högre grad att man samordnar med verksamheter och kollegor *inom* den egna organisationen än med andra verksamheter.



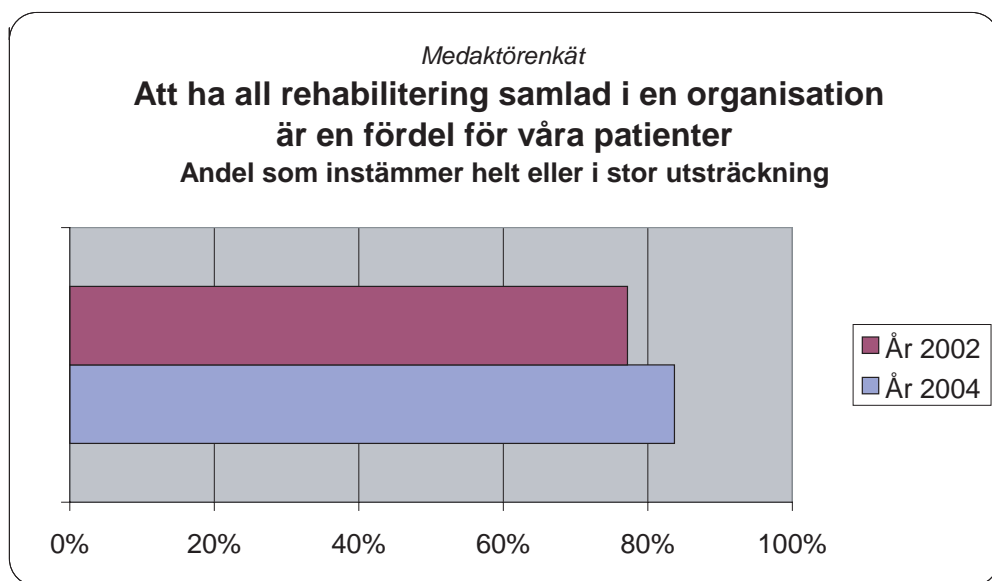
Figur 3. Samrehab's personal anser i högre utsträckning att man ger information än vad man får information och att man i högre utsträckning får information från personal inom Samrehab än från medaktörer. Personalen anser också i ökande grad att gemensam journal är underlättande för patientarbetet.

Av *medaktörenkäten* framgår att 75 % (2002) respektive 81 % (2004) av den tillfrågade personalen anser att man helt eller i stor utsträckning vet vilket team inom Samrehab man skall kontakta.

”Jag ringer sjukgymnast/arbetsterapeut när jag behöver och får utträttat mitt ärende. Så gjorde jag även före Samrehab och det fungerar.”

För att få mer information om vilka förutsättningar det finns för patienter att lätt hitta till rätt person eller enhet inom Samrehab gjordes under 2004 en *genomgång av befintliga informationskanaler*. Vi fann att det inte var helt enkelt att omedelbart hitta rätt via de olika telefonkatalogerna. Växeltelefonister och andra som svarar i telefon vid olika vård- och

omsorgsverksamheter har inte Samrehab's organisation helt klar för sig. De använder i stället patientens bostadsort, informationen på eventuell remiss eller annat för att lotsa patienten vidare.



Figur 4. Medaktörerna anser i hög och något ökande grad att en gemensam rehabiliteringsorganisation är värdefull för patienterna.

Kommentarer i *medaktörenkäten* visar att man tycker det är dumt att inte kunna läsa varandras journaler: ”Eller tänk tanken att vi hade kunnat skriva i samma journal”.

Intressant att notera är att såväl Samrehab's personal som våra medaktörer anser att man i högre utsträckning själv *ger* än *får* information för att effektivt kunna behandla patienter.

Kompletterande beskrivning

I olika arbetsgrupper har personalen tagit fram ett antal diagnosrelaterade behandlingsprogram för arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk behandling. För några patientgrupper finns nedskrivna riktlinjer för vad som skall tas om hand på bas- respektive specialiserad nivå samt vilka gemensamma kriterier som skall gälla för exempelvis dagrehabilitering, korttidsrehabilitering, stroke-grupp och smärthanteringsgrupp. En del fanns före Samrehab men det mesta har samordnats eller tagits fram från grunden under försöksperioden. Just nu pågår ett arbete med att formulera riktlinjer för att säkerställa att inkommande ärenden hanteras lika inom verksamheten och att ansvar och befogenheter kring detta är tydliga.

Under projekttiden har rutinerna för vårdplanering inom Sjuhärad förtydligats. Samråd/vårdtagarmöte för uppföljning av insatsplaner har införts i våra båda kommuner. Dessa rutiner innebär bland annat att hemrehabiliteringsteamet alltid får information om vilka ”kommunpatienter” som skrivits in för sjukhusvård, samt vilka patienter, oavsett tillhörighet, som tackat ja till en samordnad vårdplanering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster från hemrehabiliteringsteamet deltar i de flesta vårdplaneringar om det inte är uppenbart att det inte föreligger något behov av rehabiliteringsinsats. Hur samordning *inom* Samrehab fungerar framgår av data från patient- respektive personalundersökningarna.

Summering

Patienterna tycker inte att man bollas runt i systemet, enkätsvaren antyder att man inte förstår eller upplever att detta kan vara ett problem. Patienterna lyckas också trots vissa otydligheter i telefonkataloger och andra informationskanaler hitta rätt inom Samrehab. Personalen uttrycker att det nu, tack vare riktlinjer och personkännedom, är lättare att slussa patienten till rätt enhet och att man upplever ett ökat gemensamt ansvarstagande för att patienterna får kontakt med rätt rehabiliteringsteam. Medaktörerna gör också bedömningen att det gagnar patienterna att rehabiliteringsresurserna är samlade i en organisation.

Vi har genom att ställa olika frågor om samordning inom och utanför Samrehab också sökt få svar på i vilken utsträckning vi samordnar och kommunicerar för att dels undvika dubbelarbete och dels ge patienten den bästa möjliga rehabiliteringen. Vi uppfattar dessa frågor som markörer för hur väl vi uppfyller målet ”effektiv rehabilitering i en obruten rehabiliteringskedja där ingen patient skall hamna mellan stolarna”. Personalen uppger att man i hög grad både samordnar och ger information, oavsett om det handlar om att samordna med personal inom eller utanför Samrehab. Man upplever dock i mycket lägre grad att man får nödvändig information från verksamheter utanför Samrehab, men detta förhållande gäller också omvänt. Medaktörerna uppger också att man själv i högre grad *ger* än *får* information. För många av oss inom vård och omsorg tycks det alltså vara så att vi inte tillräckligt mycket frågar oss eller är lyhörda för vilken information *andra* behöver.

Hälsoperspektiv, egenansvar, rehabiliterande synsätt

Har efterfrågan av arbetsterapeut-/sjukgymnast-kompetens ökat/förändrats inom hälso- och sjukvård, hälsofrämjande, uppehållande och förebyggande aktiviteter?

Har patienten fått information om hur han/hon kan ta eget ansvar för sin träning och vara aktiv?

Är patienten beredd att förändra/har patienten förändrat sitt beteende?

Hur för vi in hälsoperspektivet i undersökning, målsättning och åtgärd?

Hur informeras patienten om egenansvar?

Har patienten fått information om hälso-/ohälsosamband?

Hur arbetar arbetsterapeut/sjukgymnast för att sprida ett rehabiliterande synsätt?

Har vårdpersonal ”uppmuntrat” till aktivitet?

De flesta patienter anser att de kan påverka sin hälsa genom att vara aktiva

I *patientintervjuerna* framkommer det att de flesta anser att de kan påverka sin hälsa genom att vara aktiva på olika sätt, t ex genom att promenera, vistas utomhus eller delta i olika aktiviteter. Däremot är det få som upplever att de fått information av rehabiliteringspersonalen om hälso- eller ohälsosamband. Även i *patientenkäterna* framkommer det att man i konstant hög utsträckning anser att man själv kan påverka sin hälsa. Mellan 70 % och 80 % av patienterna som svarat på enkäten uppger också att de tränar och är aktiva.

Personalenkätens frågor kring detta ämne omformulerades mellan de olika enkätomgångarna och kan därför inte redovisas i grafisk form. Svaren visar dock att man, mellan de olika mätningarna, inte har ändrat uppfattning. Knappt 40 % instämmer helt eller i stor utsträckning i påståenden

om att man informerar sina patienter om samband mellan livsstil och hälsa respektive ohälsa.

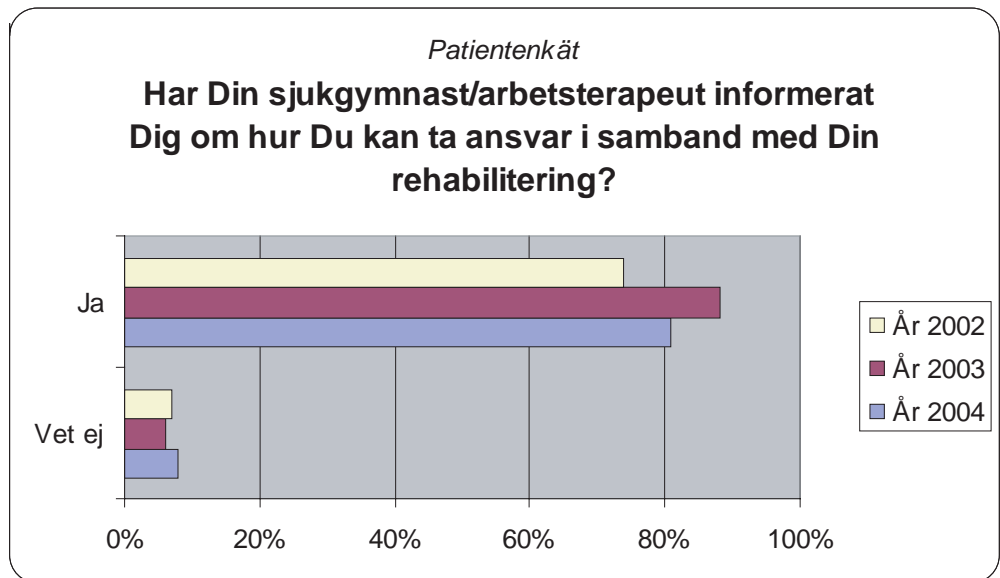
I *personalintervjuerna* däremot uppgav flertalet att man talar med patienterna om dessa frågor. Ordet "hälsoperspektiv" betyder för de flesta att man ser till helheten kring människan (fysiskt, psykiskt, socialt). Vid den första intervjun nämndes motion, bra kost, att kunna stressa av, att se sina resurser, att ha socialt nätverk och att kunna behålla sina invanda roller som viktiga faktorer. Vid andra intervjutillfället angavs ytterligare en aspekt, nämligen att man som yrkesutövare också ser utanför sitt eget yrkes ramar för att nå patienten där han eller hon befinner sig och på så vis når längre när det gäller patientens hälsa. Att tänka långsiktigt och att inte bara se individen utan även större folkgrupper var också sådant som nämndes i samband med ordet hälsoperspektiv.

Vid *granskningen av journaler* framgick det endast i 4 % av de granskade journalerna i den första omgången och 10 % i den tredje att patienten fått information om hälso-/ohälsosamband.

Personalen anser att delaktighet ger ökad livskvalitet

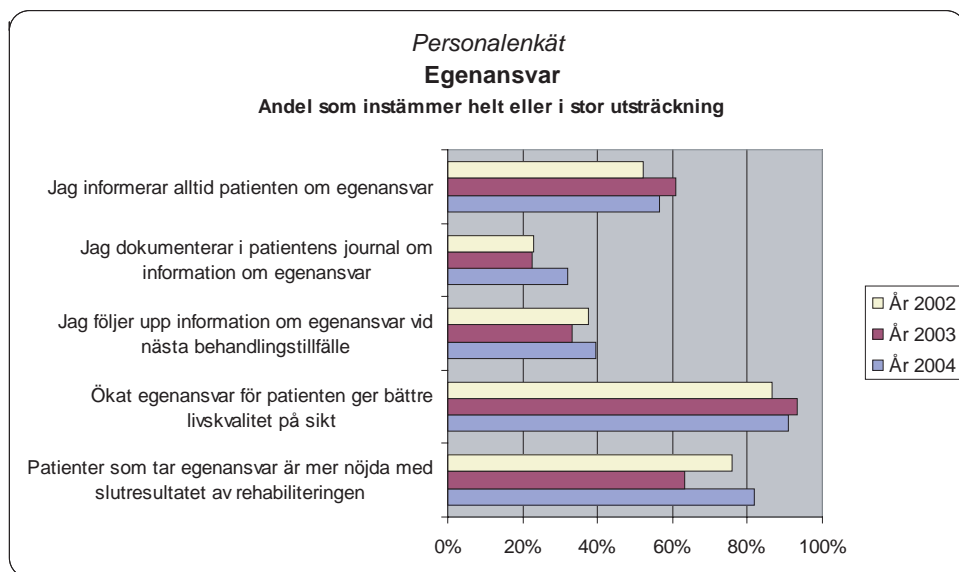
I Samrehabnämndens inriktningsmål anges att personalen skall arbeta för att främja den enskildes egenansvar och delaktighet i samband med rehabiliteringen.

Patienternas uppfattning om i vilken omfattning detta sker illustreras genom svaren på denna fråga:



Figur 5. De tillfrågade patienterna anser i hög utsträckning att de fått information om egenansvar, men också att några faktiskt inte vet.

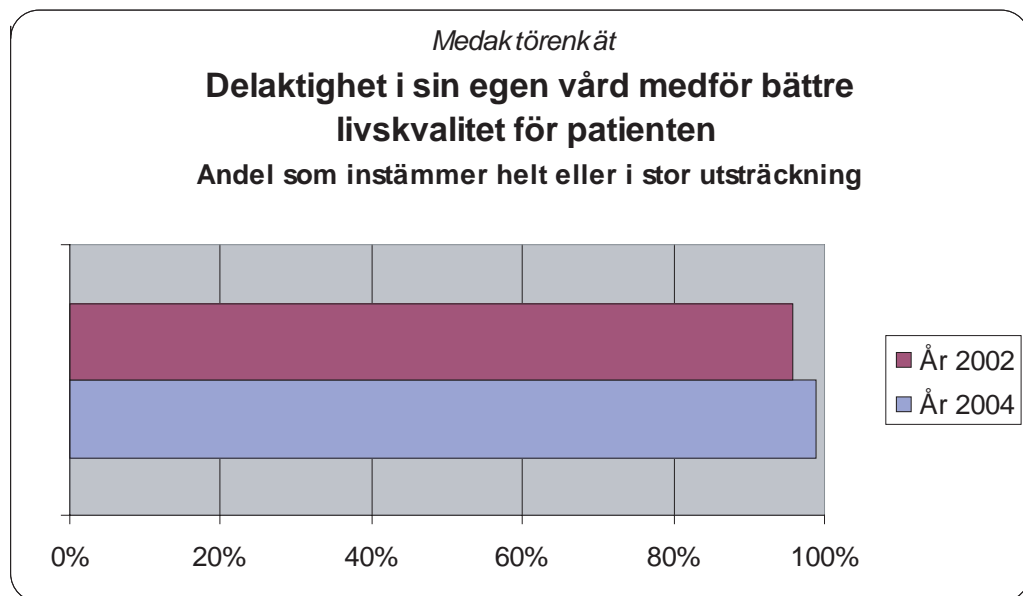
Personalens uppfattning om hur man hanterar information om egenansvar framgår av följande graf:



Figur 6. Personalen anser att egenansvar är viktigt för en lyckad rehabilitering, men att man inte i motsvarande höga grad lämnar, dokumenterar och följer upp information om egenansvar.

I *personalintervjuerna* uppger flertalet intervjuade att de pratar med patienten om egenansvar. Det framkommer att det oftast är i samband med introduktion av träningsprogram som man tycker det är aktuellt att prata med patienten i termer av eget ansvar. Svaren är likartade mellan de båda intervjutillfällena. Samtliga försöker först och främst att motivera till egenansvar genom samtal, man informerar och uppmuntrar. Ibland handlar det om att hjälpa patienten att hitta rätt nivå på sin träning. När man känner att samtal inte räcker så provar man något annan metod, t ex att följa med på en aktivitet första gången, att stimulera genom tydliga delmål, att göra upp ”kontrakt” om att prova träning ett visst antal gånger eller att helt enkelt avvakta tills man känner att patienten är mogen att ta eget ansvar.

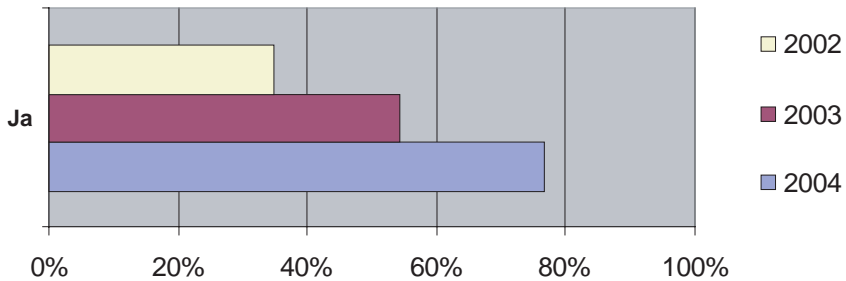
Medaktörernas syn på egenansvar kan i viss mån utläsas i svaren på följande fråga:



Figur 7. Medaktörerna anser i stor utsträckning att det är viktigt att patienten får möjlighet att vara delaktig.

Journalgranskning

Framgår det om patienten har informerats om delaktighet och egenansvar i rehabiliteringen?

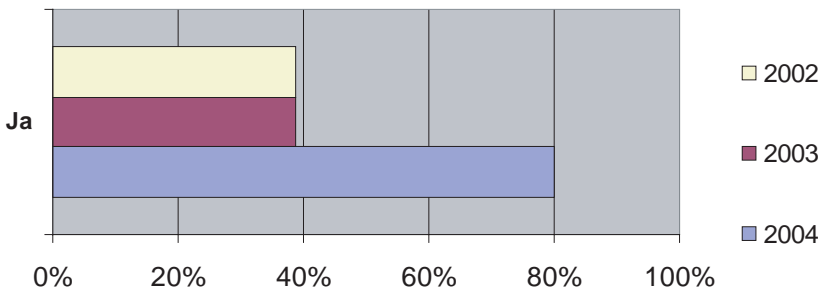


Figur 8. I de granskade journalerna kan utläsas att patienterna i ökande utsträckning fått information om delaktighet och egenansvar.

Journalgranskningen tyder på att personalens egen uppfattning om i hur stor utsträckning man dokumenterar den information man ger om egenansvar är, vilket framgår av figur 6, alltför blygsam. Det är också värt att notera att journalanteckningar om delaktighet och egenansvar återfanns under flera olika sökord. Utvärderingsgruppens kommentar: Detta är i viss mån naturligt eftersom det säkert är i samband med flera olika behandlingsåtgärder som denna information lämnas. Begreppen delaktighet och egenansvar finns heller inte i våra sökordsmallar idag, vilket kanske bör ses över.

Journalgranskning

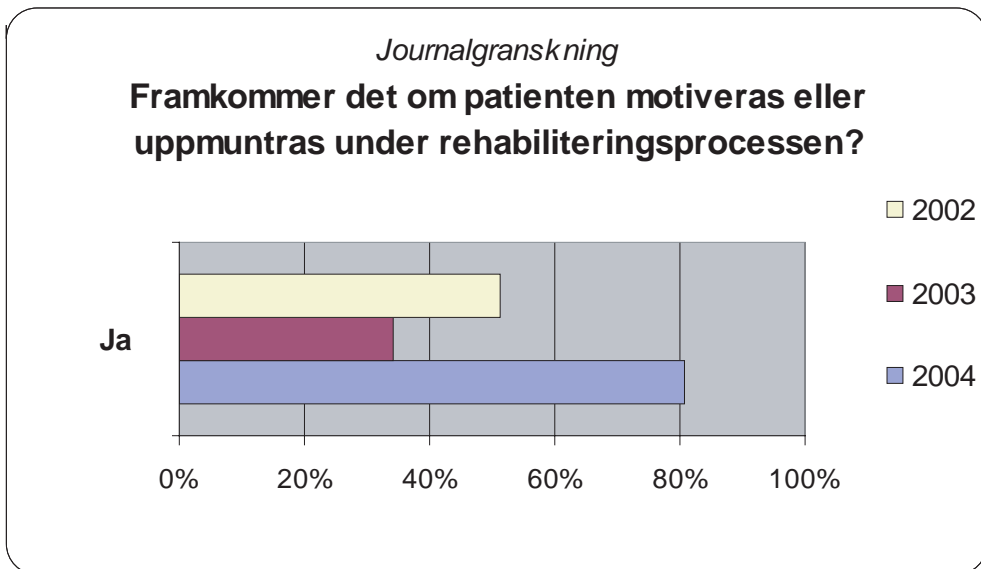
Framgår det om patienten har fått information om hur han/hon efter behandlingsperioden kan ta ansvar för sin egen rehabilitering/träning och att vara aktiv?



Figur 9. Vid det tredje granskningstillfället framgår det i ungefär dubbelt så stor andel av de granskade journalerna, än vid de båda tidigare tillfällena, att patienten fått information om hur han eller hon kan ta ansvar för sin träning efter behandlingsperiodens slut.

Vid *journalgranskningen* har vi också sökt svar på om personalen motiverat eller uppmuntrat patienten under behandlingens gång. Vanligt är att man försöker få patienten så delaktig som möjligt för att bli en aktör i, och inte en passiv mottagare av, rehabilitering. I journalen kan detta

t ex anges som ”patienten uppmannas att göra dessa övningar vid samma tid varje dag” eller ”uppmuntrar patienten att prova att gå själv med rollatorn till matsalen”.



Figur 10. Det framgår i ökande andel journaler att patienten motiverats eller uppmuntrats.

Rehabiliterande synsätt

I *personalenkäterna* instämmer mer än hälften i påståendet att Samrehab har betydelse för att rehabilitering blir synligt inom upptagningsområdet. Det framgår dock att synen på huruvida ett rehabiliterande synsätt spridits och efterfrågats av medaktörer ej har förändrats i någon högre utsträckning i och med bildandet av Samrehab. Endast omkring 20 % instämmer i att Samrehab betytt att omvårdnadspersonal efterfrågar *mer* utbildning eller handledning i rehabilitering och att Samrehab bidragit till ökad spridning av ett rehabiliterande synsätt inom vård och omsorg. Utvärderingsgruppens kommentar till detta är att de olika verksamheterna hade arbetat med utbildning till omvårdnadspersonal i rehabiliterande synsätt och annat även under flera år innan Samrehab bildades.

Personalen i Samrehab anser i låg men ökande grad att efterfrågan på både förebyggande och rehabiliterande insatser ökat.

Kompletterande beskrivning

Om all personal i varje möte med en brukare har ett förhållningssätt som främjar delaktighet och möjligheten att använda sina förmågor, ökar förutsättningarna för den enskilde att erövra eller bibehålla så hög grad av självständighet och livskvalitet som möjligt. Att sprida ett ”rehabiliterande” förhållningssätt, genom handledning eller på annat sätt i kontakterna med andra aktörer kring brukaren, åligger därför all rehabiliteringspersonal i Samrehab. I uppdraget ingår också att, efter initiativ från enhets- eller avdelningschefer, utbilda omvårdnadspersonal i förflyttningsteknik och hjälpmedelshantering mm. I sådan utbildning är utgångspunkten alltid det ”rehabiliterande” synsättet. Hemrehabiliteringsteamerna utbildar också semestervikarier inom äldre- och handikappomsorgen och ger förflyttning-utbildning till elever vid gymnasieskolans omvårdnadsprogram.

I kapitlet ”Vad som styrt och vad som blivit gjort” har vi bland annat beskrivit hur vi arbetat med frågor om egenansvar, delaktighet och hälsoperspektiv.

Summering

Sedan Samrehab bildades har begreppen hälsoperspektiv, egenansvar och rehabiliterande arbetssätt aktivt diskuterats i verksamheten. Personalen ger uttryck för hur man ser på dessa begrepp genom att i en konstant hög utsträckning instämmer i påståenden om vilka positiva effekter egenansvar har för resultatet av rehabilitering. Medaktörerna anser i mycket hög grad att delaktighet i vård och rehabilitering medför bättre livskvalitet för patienten.

Vid den tredje journalgranskningen framgick att patienterna i hög utsträckning informerats om egenansvar och gjorts delaktiga i sin rehabilitering, vilket överensstämmer väl med vad patienterna själva uppger i enkätsvaren. Trots detta är det endast ca 50 % av Samrehabs personal som i enkäterna instämmer i att man alltid informerar patienten om egenansvar och ännu färre som instämmer i att man dokumenterar och följer upp den information som givits. Tendensen efter tre enkätomgångar är att personalen endast i något ökande grad uppger att de diskuterar dessa frågor

med patienterna. Utvärderingsgruppen ställer sig därför frågan om de här diskuterade begreppen, exempelvis ”egenansvar”, ännu är tillräckligt väl definierat och entydiga för all personal.

Målinriktat arbetssätt

Har rehabiliteringsinsatsen inneburit minskad hemtjänst?
Är mål satta tillsammans av patient och behandlande arbetsterapeut/
sjukgymnast?
Har patienten förbättrat/bibehållit sin funktion?
Har patienten blivit snabbt omhändertagen?
Har patienten uppnått rehabiliteringsmålen?
Har rehabiliteringsinsatsen inneburit tidigare återgång till arbete efter
sjukskrivning?

”Mål höjer motivationen och får en att kämpa”

I *patientintervjuerna* framkommer ingen direkt skillnad mellan de två intervjuomgångarna. Alla har något att säga om det här med att ha mål för sin rehabilitering. De flesta patienterna anser att de haft mål för sin rehabilitering men endast ett fåtal att de har formulerat dem tillsammans med behandlaren. Ett par patienter säger att ”det är väl klart att arbetsterapeuten eller sjukgymnasten har samma mål som jag” och några att de hade berättat sina mål för sin arbetsterapeut eller sjukgymnast ”så han eller hon vet om mitt mål”. De mål som patienterna hade formulerat var alla så kallade långsiktiga mål, t ex att ”bli så bra som möjligt” eller att ”bli lika bra som före skadan”. Patienterna använde sig inte av kortsiktiga mål på det sätt som rehabiliteringspersonal ofta gör.

Någon återkoppling till målen upplevde patienterna sällan, vilket rimmar väl med att patienterna upplevde målen som sina egna, och inte heller förväntade sig någon återkoppling av arbetsterapeut eller sjukgymnast. De intervjuade som angav att de satt upp mål tillsammans med arbetsterapeuten eller sjukgymnasten svarade dock tydligt ja på frågan om målen utvärderats tillsammans med behandlaren.

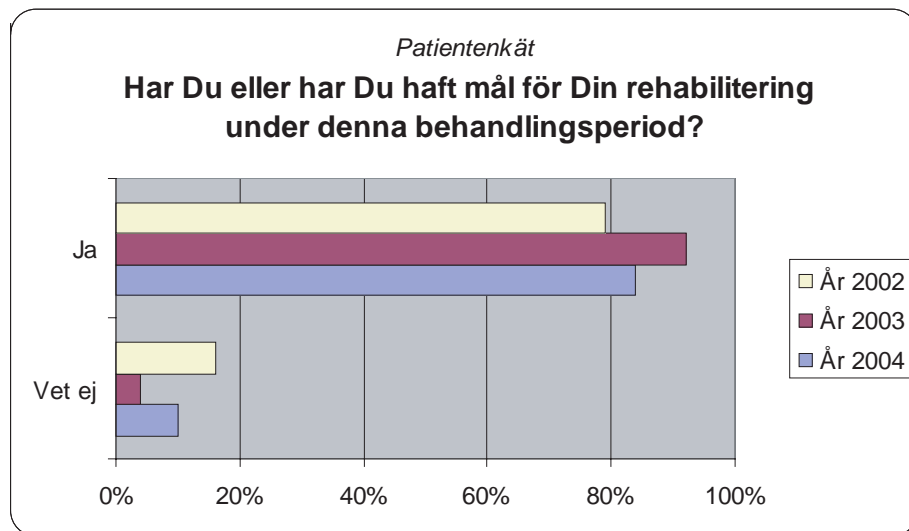
Ingen av de intervjuade ansåg att man diskuterat målsättning i samband med hjälpmedelsutprovning. Patienterna upplevde det som positivt

att arbetsterapeut eller sjukgymnast hörde av sig efter några veckor för att kontrollera att allt fungerar bra med hjälpmedlet, men man uppfattar inte detta som ett sätt att utvärdera eventuellt mål med hjälpmedlet. Samma resonemang gäller för bostadsanpassning.

Flera av de intervjuade hade svårt att förstå frågorna kring målsättning. Det är så självklart för dem att man vill bli så bra som möjligt, och då är det egentligen inte så mycket mer att diskutera. Vid den första intervjuomgången tyckte fler än hälften av de intervjuade att det är självklart att man har mål för hur bra man vill bli, det höjer motivationen och får en att kämpa lite extra.

Patienterna har svårt att spontant uppge om det är något i det dagliga livet som förändrats på grund av de rehabiliteringsinsatser som genomförts. Majoriteten svarar nej, men efter diskussion kring vilka rehabiliteringsinsatser som gjorts framkommer att några av dem upplever sig ha nytta av insatser rörande hjälpmedel eller bostadsanpassning på så sätt att man klarar sig mer självständigt. Några personer uttrycker att de tycker det är skadan eller sjukdomen i sig som orsakat en förändring i deras liv, inte rehabiliteringsinsatserna.

I patientenkäter ges följande svar på frågor kring mål:

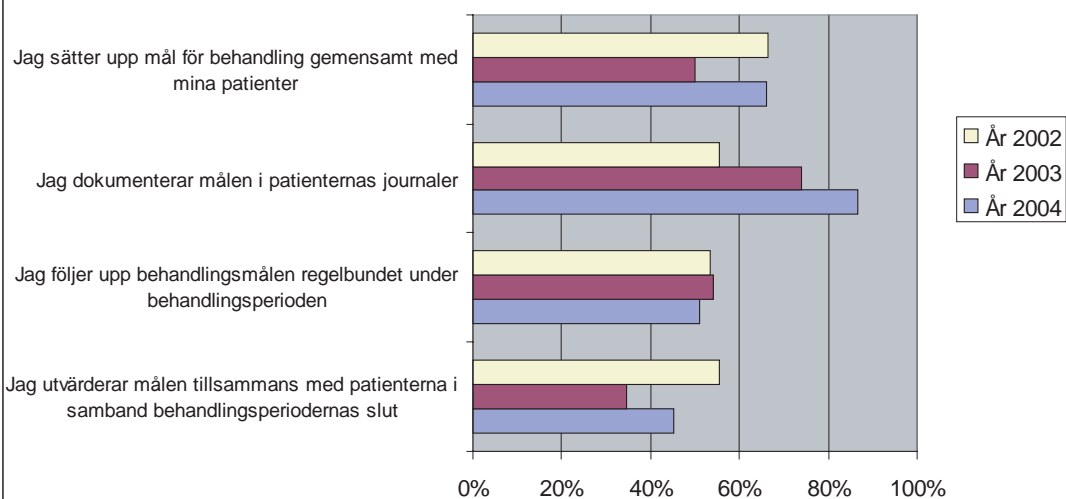


Figur 11. En klar, och något ökande, majoritet av patienterna har uppgett att de haft mål för sin rehabilitering.

Vad menar vi med mål egentligen – och har patienten och personalen samma mål?

Andelen patienter som uppger att de har mål för sin rehabilitering är stor. Av dem som svarar på följdfrågan "Har Du satt målen för din rehabilitering tillsammans med Din arbetsterapeut/sjukgymnast" anger 64 % i den första enkäten och 80 % i den tredje enkäten att så är fallet. Andelen som inte svarat på frågan är dock stor, 28 % i den första och 19 % i den tredje enkäten. Detta kan stämma väl med vad patienterna uttryckte i intervjuerna, nämligen att endast ett fåtal anser att de har formulerat målen tillsammans med sin arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Personalenkät
Rehabiliteringsmål
Andel legitimerad personal som instämmer helt eller i stor utsträckning



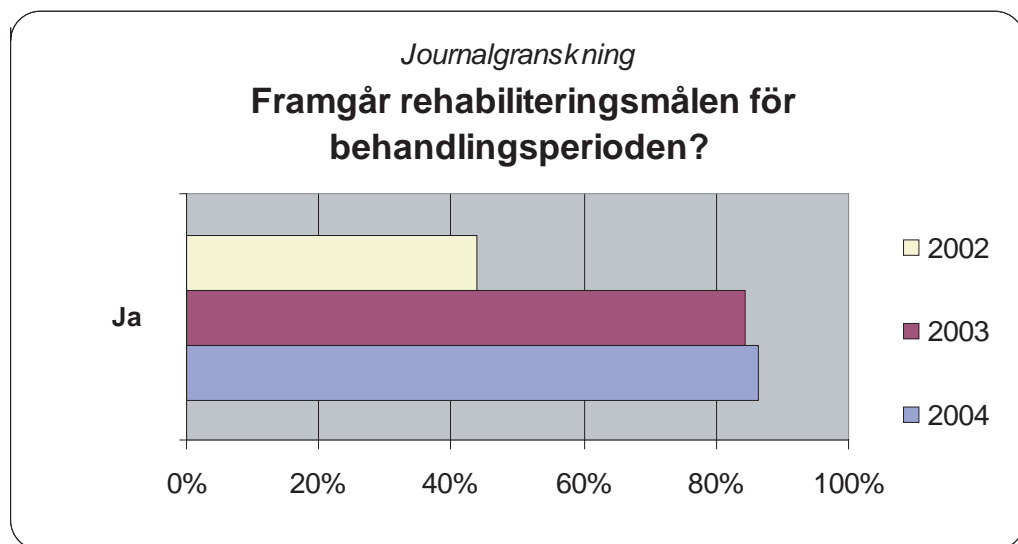
Figur 12. Legitimerad personal¹² anser i ganska hög utsträckning att de sätter upp mål gemensamt med patienterna och i ökande utsträckning att de dokumenterar detta. Svaren anger att uppföljning och utvärdering å andra sidan görs i ganska låg utsträckning och här syns heller ingen ökande trend.

Skillnaden mellan patienternas och personalens (figur 12) uppfattning om i vilken utsträckning det finns mål för rehabiliteringsperioden kanske kan förklaras med vad patienterna uppger i intervjuerna, d v s att man oftast har ett eget mål som man inte alltid har diskuterat detta med behandlaren.

¹² Här redovisas endast svaren från den legitimerade personalen eftersom det är de som ansvarar för målformulering och utvärdering.

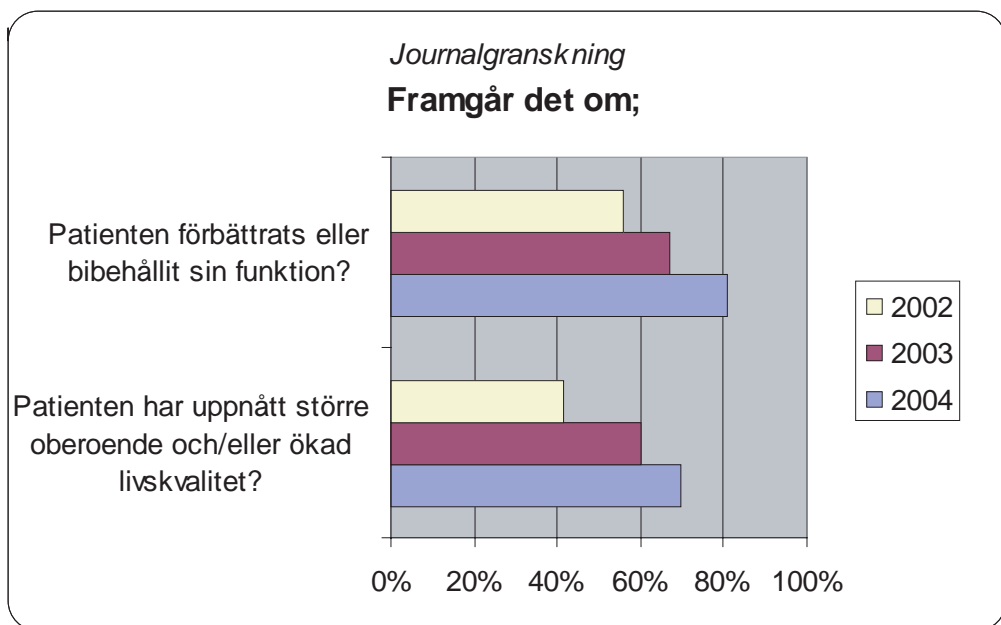
Att patienten skall vara delaktig i målsättning och målformulering och att uppföljning är viktigt för behandlingsresultatet framkommer vid *personalintervjuerna*, där samtliga intervjuade också anser att det som patienten själv upplever som problem är det viktigaste för målsättningen. Till skillnad mot resultatet från enkäterna uppger alla tillfrågade i den andra intervjuomgången att de sätter mål tillsammans med patienten. Uppföljning görs oftast, men inte alltid, tillsammans med patienten. Några anser att det inte alltid är tydligt för patienten att samtalet eller kontakten gäller utvärdering av behandlingsmål. Att notera är att det inte alls är lika självklart att diskutera målsättning i samband med hjälpmedelsutprovning, vilket ju även framkommer i patientintervjuerna.

Journalgranskning visar:



Figur 13. Vid de två senaste granskningstillfällena fanns dokumenterade mål i dubbelt så stor andel av journalerna som vid det första.

I alla fall där rehabiliteringsmålen är dokumenterade framgår det *i journalerna* att de också är kopplade till någon aktivitet eller funktion. Det framgår även att de mål som dokumenterats i hög och ökande grad är satta tillsammans av patient och behandlare. I ökande grad anges också en tydlig problemformulering eller funktionsdiagnos samt huruvida patienten uppnått rehabiliteringsmålen eller inte. Det bör kanske påpekas att flera av de granskade journalerna rörde pågående ärenden.



Figur 14. I granskade journaler har både förbättrad eller bibehållen funktion samt ökat oberoende och livskvalitet dokumenterats i ökande grad.

Journalgranskningen visar också att det endast i mycket liten utsträckning framgår i journalen om rehabiliteringsinsatsen inneburit återgång till arbete efter sjukskrivning eller minskad hemtjänst.

Summering

I alla tre enkäterna uppger 80-90 % av patienterna att man haft mål för sin rehabiliteringsperiod. Endast ett fåtal av de intervjuade patienterna anser att de formulerat dessa mål tillsammans med behandlaren. Av enkätsvaren framgår att personalen i knappt 70 % instämmer helt eller i stor utsträckning i att man sätter mål tillsammans med patienten. Granskning av journaler 2004 visar dock att rehabiliteringsmålen för en behandlingsperiod framgår i dubbelt så många journaler som 2002, vilket tolkas som att arbetet med att förbättra ett målinriktat arbetssätt har börjat ge resultat men också att det här, liksom i föregående avsnitt, tycks finnas behov av att ytterligare diskutera och definiera vad vi menar och hur vi arbetar med mål för patienten.

Några av de frågor utvärderingsgruppen ställde sig kring målinriktat arbetssätt rörde måluppfyllelse och resultat för patienten. Som tidigare nämnts har det inte, inom ramen för denna utvärdering, varit möjligt att, på gruppnivå, få svar på frågorna om huruvida Samrehabns insatser lett till minskad hemtjänst eller tidigare återgång till arbete. Att mäta effekten av rehabiliteringsinsatser ur de här båda perspektiven är dock fortfarande angeläget. Genom det påbörjade arbetet för att uppnå Samrehabnämndens prioriterade mål för den närmaste perioden ingår därför att ge svar på dessa frågor.

Riktlinjer och strategier för behandlingsarbetet

Finns det tydliga riktlinjer om prioriteringar och strategier? Politiskt?
Professionella?

Är rutiner effektiva genom ex samplanering eller sker dubbelarbete?
I vilken utsträckning finns gemensamma behandlingsriktlinjer, rehab-
planer, strategier för prioriteringar mm?

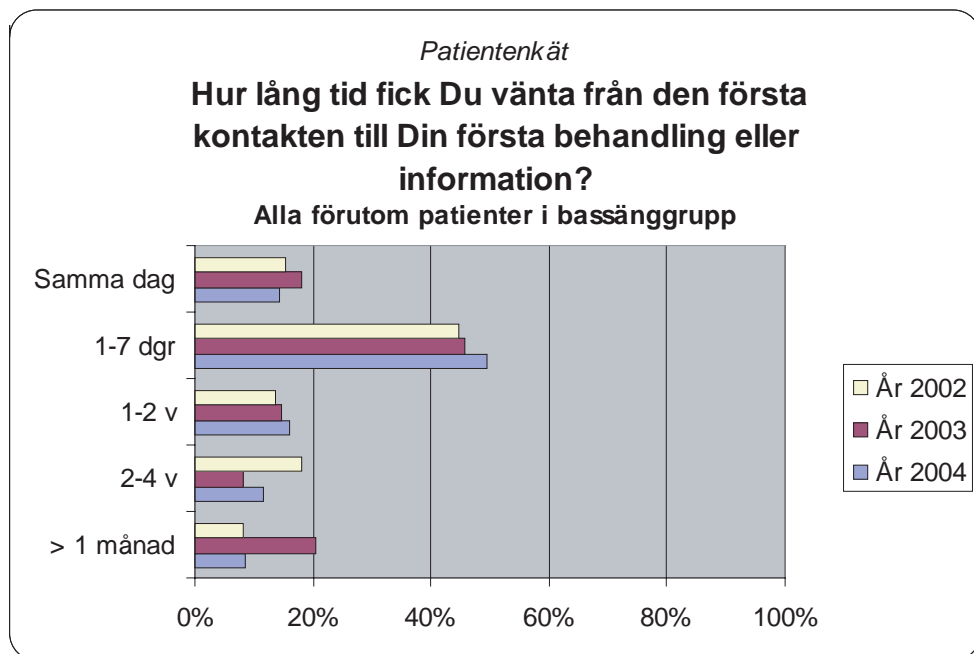
Hur lång är väntetiderna till behandling?

Hur lång är väntetiderna till första kontakt?

Kortare väntetider, fler riktlinjer och tydligare prioriteringar

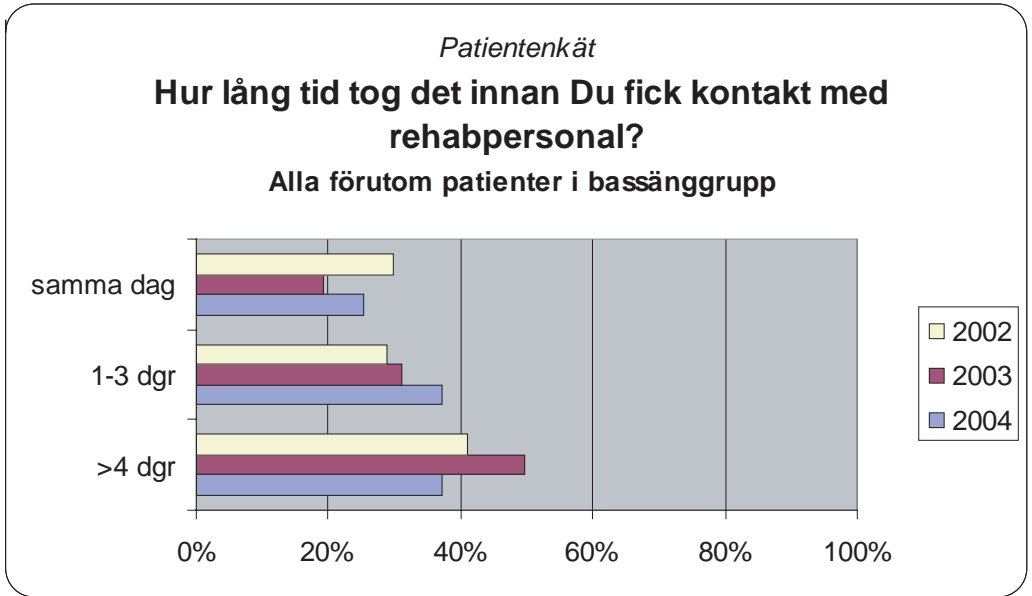
I *patientenkäterna* ställdes frågor om väntetider. Vi har valt att exkludera de patienter som väntade på att få delta i bassänggrupp eftersom dessa väntetider inte är jämförbara med väntetider till annan behandling.

I mål- och resursplan 2005-2007 finns följande mål: ”Väntetiden för bedömning och en första åtgärd är maximalt 1 vecka efter kontakt”

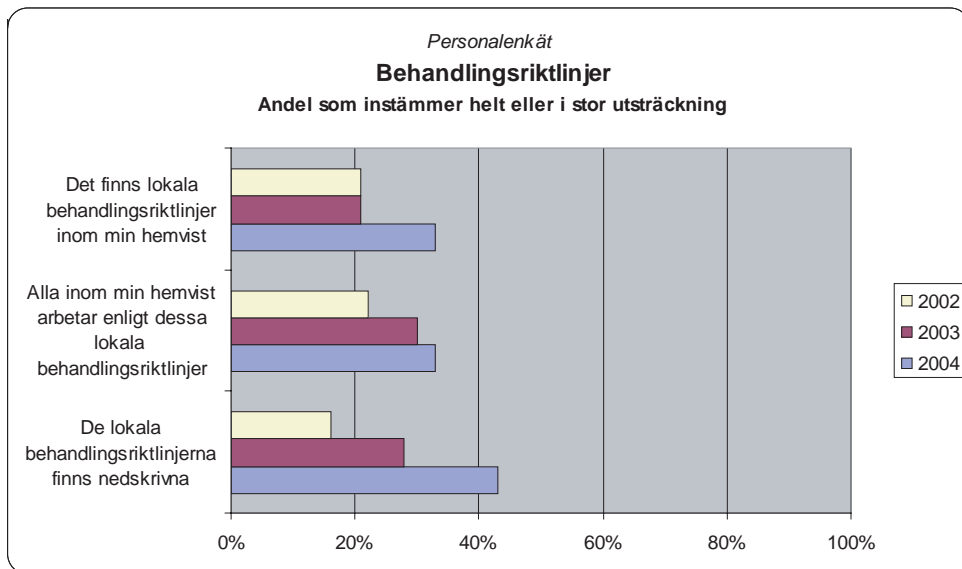


Figur 15. Det är vanligast med väntetid på mellan 1 och 7 dagar till första behandling eller information. Andelen för dessa väntetider ökar något, medan andelen längre väntetiderna minskar.¹³

¹³ Tidsintervallerna är felaktigt angivna, men utvärderingsgrupper bedömer att resultatet ändå är användbart.

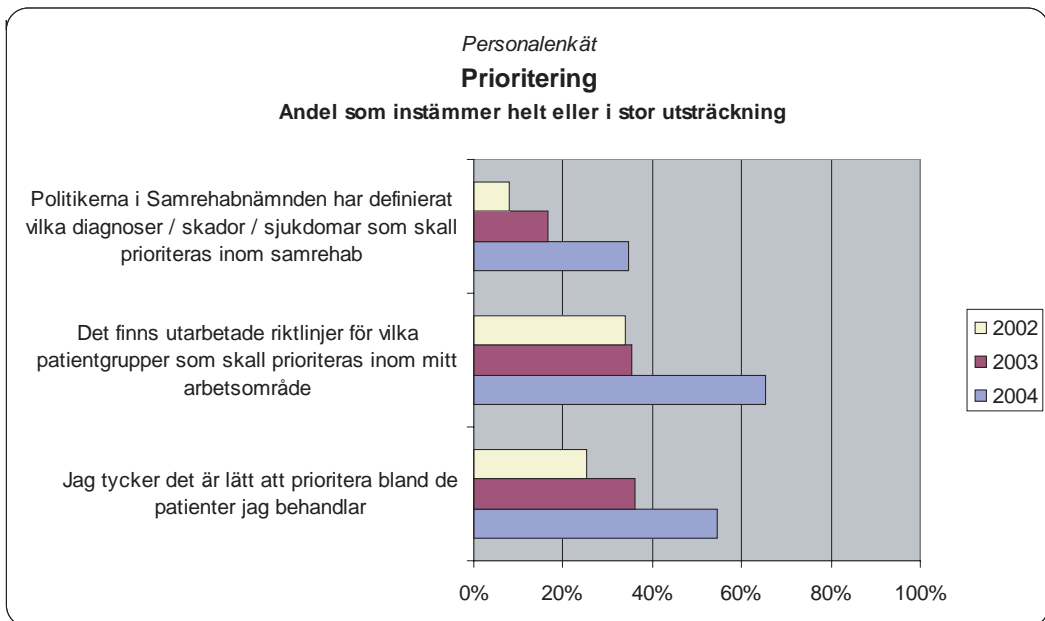


Figur 16. Trenden är att väntetiden till kontakt mellan 1 och 3 dagar blir vanligare medan andelen som fått vänta kortare respektive längre tid minskar. Det är vid mätning tre lika vanligt med en väntetid på 1-3 dagar som 4 dagar eller längre.



Figur 17. Personalen anser i låg men ökande grad att det finns behandlingsriktlinjer och att dessa används.

Till dessa frågor fanns även svarsalternativet ”ej relevant” och det är värt att observera att svarsfrekvensen för detta alternativ sjunkit från 15,6 % vid första mätningen till 6,6 % vid tredje mätningen. Vi tolkar detta som resultatet av en ökad medvetenhet om att behandlingsriktlinjer har relevans för alla medarbetare.



Figur 18. Personalen anser i ökande grad att det finns riktlinjer kring prioritering och att det i ökande grad är lättare att prioritera bland patienterna.

Svaren på frågorna om prioritering uppvisar en önskvärd trend men nivån är otillfredsställande. En hög andel har angett svarsalternativen ”inte alls” eller ”i liten utsträckning”. Det är främst personal från hemrehabteamen, där man också utarbetat den mest tydliga prioriteringsordningen, som i hög grad instämmer helt eller i hög utsträckning i att det finns riktlinjer för prioritering. Även i de specialiserade teamen är det dock fler personer som instämmer i hög utsträckning än som inte gör det.

Totalt sett upplever allt fler att det finns riktlinjer och att man har nytta av dem i sitt vardagsarbete.

I *personalintervjuer* framgår att man använder kollegornas kunskap och sin tidigare erfarenhet när det saknas riktlinjer. Man söker också stöd i litteratur och via Internet.

Kompletterande beskrivning

I Samrehab's gemensamma dokumenthanteringssystem har personalen tillgång till ett flertal olika riktlinjer för behandling och prioritering, exempelvis riktlinjer för behandling vid olika ortopediska diagnoser samt prioriteringsordning för baspoliklinik respektive hemrehabilitering. En del av dessa riktlinjer hade säkert kommit till även utan Samrehab, men de hade sannolikt inte gällt gemensamt för och gjorts tillgängligt för så många rehabiliteringsaktörer.

I svarsalternativet >1 mån (figur 15) i den första enkäten döljer sig väntetider på upp till 5 månader för poliklinisk sjukgymnastisk behandling vid starten av Samrehab. De uppföljningar av väntetiderna som sjukgymnasterna nu gör kontinuerligt enligt ”Jönköpingsmodellen”¹⁴ visar att väntetiden pendlar något men har under den senaste tiden varit maximalt 3 veckor och är i skrivande stund 11 dagar.

Summering

Personalen uppfattar i ökande grad *att* det finns riktlinjer för behandling och prioritering och använder dem också i ökande utsträckning, men nivån är fortfarande låg. Andelen som inte instämmer alls eller i låg utsträckning är dock hög.

Gällande väntetiderna till första behandling eller information visar svaren från patienterna att fler får behandling/information inom en vecka, medan färre väntar mer än två veckor.

¹⁴Modellen som kallas ”Bra mottagning” nämns även på sid 11.

Kunskap och kompetens

Hur görs personalen delaktig i verksamhetsplanering och uppföljning?

Hur tas personlens kompetens tillvara?

Är de områden där det finns behov av specialisering identifierade?

Är kunskaps/kompetenskraven för specialisering definierade?

I viken utsträckning har personalen möjlighet till specialisering?

Hur utvecklas personalens kompetens?

Det finns massor av kunskap som kan utnyttjas

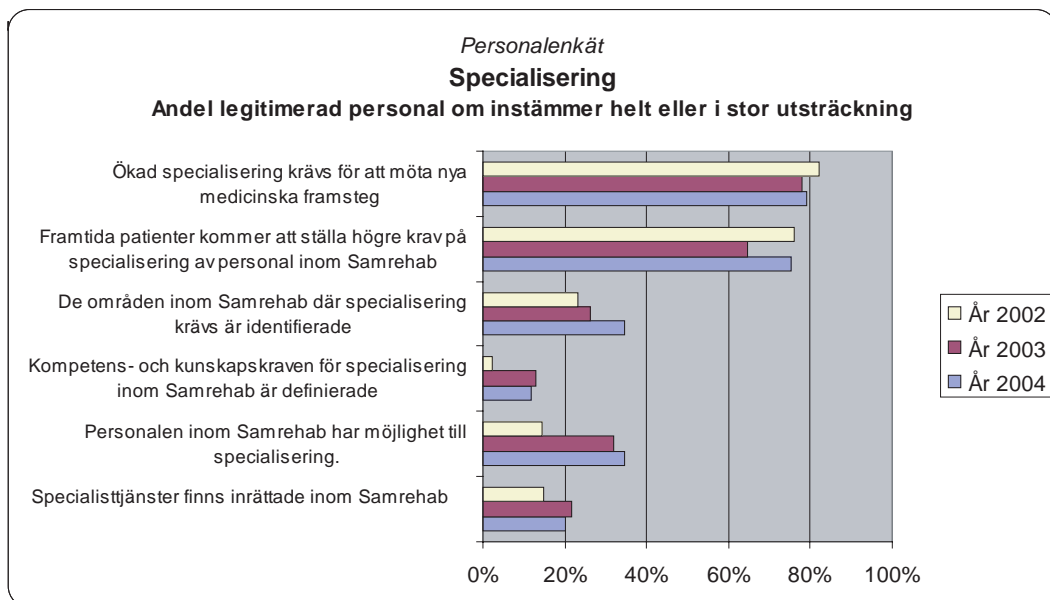
I de kommentarer som lämnas i *personalenkäten* tillkommer 2003 sådana som rör området kunskap och kompetens, såsom ”Utnyttjar kunskap och kompetens effektivare”. Det finns en uppfattning om att arbetskamraterna besitter en stor kompetens och att det finns massor av kunskap som kan utnyttjas. ”Kan använda den kompetens som finns inom de olika teamen/nivåerna.” ”Det är bra för kompetensen att vara många.” Det går att utveckla kunskap inom hela Rehabområdet. Alla har ju olika intresseområden och tillsammans kan det komma på till stor nytta.” (2003)

År 2004 förändras kommentarerna kring kunskap och kompetens. Från uttryck som ”utnyttja” andras kunskaper och kompetens tillkommer också ”dela med sig” av kunskap och ”vi delger varandra kunskap”. Det finns också kommentarer som ”Effektivitet - närhet till varandra och varandras kompetens och gemensamma strategier”.

I *personalintervjuerna* framkommer att medarbetarna upplever att deras kompetens efterfrågas. I en kommentar i den tredje enkätomgången framhålls att det är positivt att chefen är arbetsterapeut eller sjukgymnast, detta innebär att det är lättare att få gehör för den enskildes behov av kompetensutveckling. Det nämns också som positivt att man tack vare att verksamheten är så omfattande kan anordna egna kurser.

Frågan om vad som ska tas om hand på bas- respektive specialiserad nivå

har diskuterats en hel del i Samrehab liksom vad som ska ingå i arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk bas- respektive spets- eller specialistkompetens. Det finns dock ännu ingen definition av vad vi menar med specialisering och inga färdiga riktlinjer för hur vi ska gå vidare, vilket också visar sig i enkätsvaren:



Figur 19. Personalen anser att ökad specialisering är viktigt och nödvändigt men att man inom Samrehab inte i särskilt hög utsträckning har kriterier för och möjlighet till specialisering.

Vid de första *personalintervjuerna* framkommer att man inte hade tänkt så mycket på specialisering. Vid andra däremot uttrycker man att man har möjlighet att specialisera sig och att var och en gör det den är bäst på. Kollegiala diskussioner kring patientfall samt internutbildning nämns båda som värdefulla sätt att ta tillvara de specialkunskaper som arbetskamraterna har.

Kompletterande beskrivning

Medarbetarna i Samrehab görs delaktiga i verksamhetsplanering genom att alla deltar i utvecklingsdagar där verksamhetens mål diskuteras. Därefter formas olika arbetsgrupper som i tidsbegränsade uppdrag bryter ned de övergripande målen till handlingsplaner så att de kan omsättas i praktisk handling. I möjligaste mån är det medarbetarens intresse som styr vilka arbetsgrupper och i vilka sammanhang man engagerar sig.

Arbetet med att ta fram individuella kompetensutvecklingsplaner sker i samband med medarbetarsamtal. Utgångspunkten för dessa samtal är de krav på kompetens som verksamheten ställer och den enskilde medarbetarens utvecklingsbehov.

Områden där det finns behov av specialisering är i viss mån identifierade. Som tidigare nämnts finns det riktlinjer för vilka diagnoser/funktionsnedsättningar som skall behandlas på bas- respektive specialistnivå i Samrehab. Detta gäller både sjukgymnastik och arbetsterapi.

Summering

Inom detta område har endast ställts frågor till Samrehab personal eftersom grundfrågorna utgått ifrån ett rent verksamhetsperspektiv. Det finns naturligtvis många andra frågor kring hur t ex patienter och medaktörer uppfattar rehabiliteringspersonalens kunskaps- och kompetensnivå, men dessa får ställas vid ett annat tillfälle.

Generellt kan sägas att personalen i Samrehab tycker att det är viktigt och nödvändigt med ökad specialisering för att möta framtida krav och behov, men att man inte ännu inom Samrehab arbetat aktivt med dessa frågor

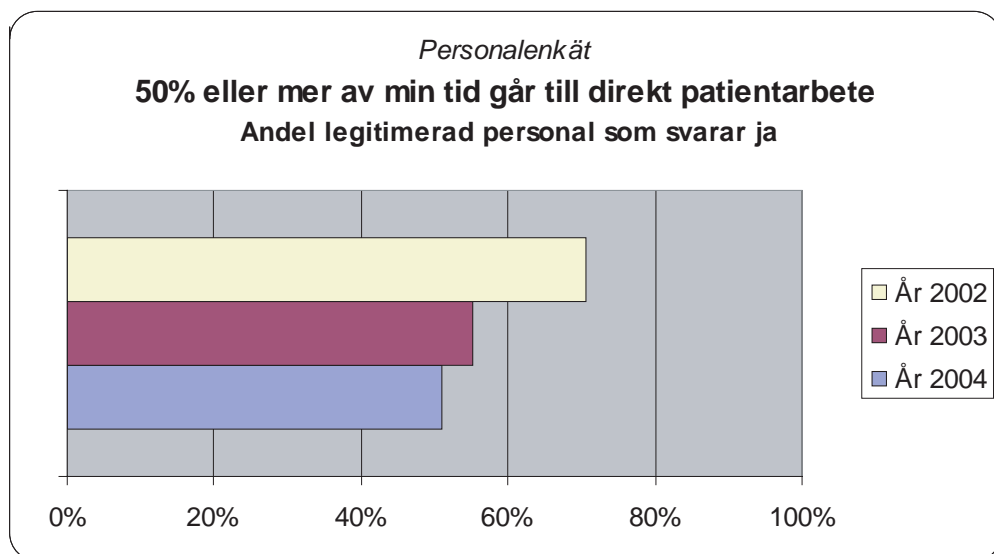
Detta faller sig naturligt eftersom t ex inrättande av specialisttjänster kräver förändringar som det inte är så enkelt, eller kanske ens möjligt, att genomföra i en försöksverksamhet.

Ledning och administration

Är administrationen effektiv?

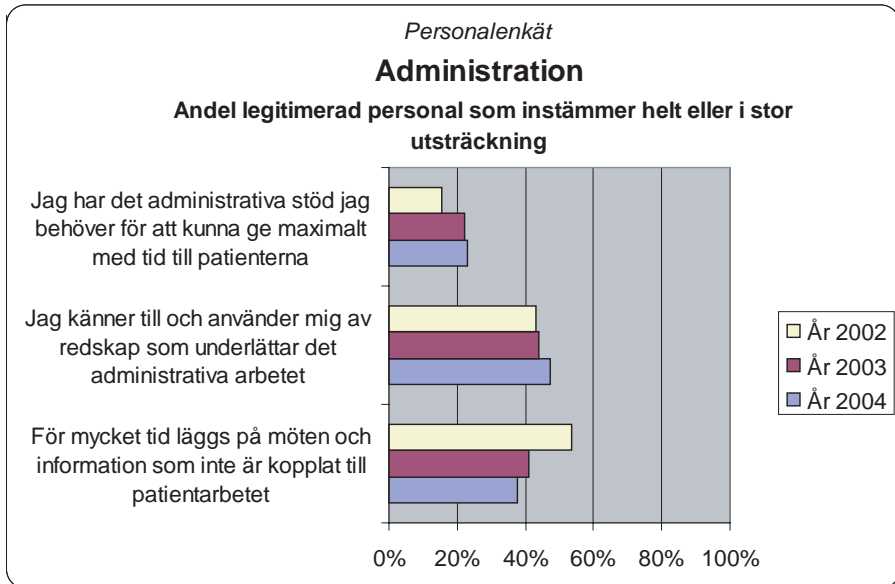
Hur stor del av arbetstiden åtgår för patientadministration respektive övrig administration?

Genom frågor till personalen sökte vi svar på hur man uppfattar den administrativa delen av sitt arbete, både vad gäller tidsåtgång och utförande.



Figur 20. En minskande andel av personalen uppger att mer än hälften av tiden går till direkt patientarbete.

Siffrorna för ej legitimerad personal som svarar ja på denna fråga ligger på 62 %, 67 % respektive 67 % vid de tre mätningarna.



Figur 21. Legitimerad personal uppger i något ökande grad att man har administrativt stöd och känner till redskap som underlättar. Färre tycker vid de två senare mätningarna, jämfört med den första, att för mycket tid läggs på annat än patientarbete.

Kommentarerna som lämnats i *personalenkäten* har bytt fokus från det första tillfället, då mycket i den nya verksamheten kändes rörigt och nytt med bland annat flera nya datasystem, till att man lyfter fram samordningsvinster såsom att kunna samutnyttja lokaler och utrustning.

Personalintervjuerna visar att man genomgående önskar bättre tillgång till datorer och bilar. Den kommande samlokaliseringen ses både med förhoppningar och med farhågor. Några tror på samordningsvinster medan andra befarar högre krav på samordning för att få allt att fungera. I första intervjuomgången tycker man att patienterna förlorat behandlingstid hos arbetsterapeut och sjukgymnast, medan det i andra intervjuomgången inte finns några kommentarer kring detta.

Huruvida den ökande tidsåtgången för administration, som personalen anger, härrör från patientrelaterad eller övrig administration, kan vi inte avgöra. I påståenden och frågor har vi inte, vare sig i intervjuer eller i enkäter definierat begreppen och beskrivit vad som ska räknas in i patientarbete eller patientadministration.

Personalens syn på delaktighet i verksamhetsplanering och uppföljning tar sig delvis uttryck i att man vid den första datainsamlingen upplevde en avsaknad av information om verksamheten. ”Man får inte så mycket info från Samrehab” ”Riktlinjer grovt vad som är planerat under året är bra att veta”. Vid andra *intervjutillfället* finns i stället synpunkter på att man lägger mer tid på administration och att det är svårt att sälla i informationsflödet. I kommentarer till *enkäterna* framkommer också att man tycker det är för mycket möten, men samtidigt att det är svårt att påverka beslut och att beslutsvägarna är långa.

Chefen nära eller långt borta

Vare sig i enkäter eller intervjuer har frågor ställts kring synpunkter på ledning och beslutsvägar inom Samrehab. Det har ändå lämnats många kommentarer kring detta, som vi gärna vill redovisa. De dominerande kommentarerna 2002 uttrycker att avståndet till närmsta chef ökat och att beslutsprocessen tar längre tid än tidigare. T ex ”Närmaste chefen finns inte på arbetsplatsen, ej bra, chefen behöver vara tillgänglig” och ”Beslutsprocessen längre och trögare”. År 2003 ses kommentarer som beskriver det positiva med att ha chefer med rehabiliteringsbakgrund t ex ”Bra med chefer som är rehavtänkande och kunniga”. Som år 2002 anser några att det är ”Långt till chefen (närmaste chefen)” och vissa tycker att ledningen har delegerat för mycket.

Vid det sista mättillfället uttrycks positiva omdömen om beslutsvägarna och ledningen ”Närmare beslutsvägar” och ”Utvecklande med chefer som kan rehab”.

Fortfarande kvarstår beskrivningar om att det är ”Längre till chef” och att beslutsvägarna är ”tungrodda”. Om beslutsvägarna uppfattas som ”långa” eller ”korta” varierar mellan teamen men också inom teamen är åsikterna skiftande.

Kompletterande beskrivning

Skärpning av rutiner kring både journaldokumentation och dokumentation kring hjälpmedelsförskrivning har skett under perioden vilket säkert inneburit mer administrativ tid för legitimerad personal.

Summering

Svaren på frågorna till personalen i Samrehab ger skiftande svar när det gäller ledning och administration. Eftersom vi inte definierat uttrycket ”direkt patientarbete” kan vi inte vara säkra på hur var och en tänkt kring detta. Anger man enbart tiden när man har patienten öga mot öga eller räknar man även in den administrativa tid som rör patientärendet? Ambitionen att genomföra en tidmätning för att mer exakt få svar på detta har tyvärr inte kunnat göras inom utvärderingsarbetets ram.

Beträffande möten och information som inte är kopplat till patientarbetet pekar svaren på att man i allt lägre omfattning (ca 38 % vid mätillfälle 3) anser att detta tar för mycket tid. Om det beror på att man insett värdet med dessa möten eller om tidsåtgången faktiskt minskat kan vi inte avgöra utifrån svaren.

VÅR SYN PÅ HUR VI LYCKATS

Att värdera effekterna av samverkan och hur verksamheten lyckats efter den relativt korta tid, dryga tre år, som utvärderingen omfattar är inte helt lätt. Det krävs uthållighet, långsiktighet och tid att utveckla samsyn och att förändra traditioner, tankemönster och beteendemönster i en ibland ganska tuff förändringsprocess. Gamla invanda mönster ifrågasätts av nya arbetskamrater och samarbetspartners, man tvingas reflektera över och motivera sitt handlande utifrån en större helhet och delvis nya perspektiv. Det visar också erfarenheterna från andra samverkansprojekt.

Vi är dock ganska säkra på att vi, med vår nya gemensamma kunskap och grund i arbetet, lyckats tydliggöra målen för och genomföra rehabiliteringsarbetet bättre tillsammans än vi hade gjort var för sig. Dessutom, vilket kanske är det allra viktigaste, finns det inte längre några hindrande ansvarsgränser inom Samrehab i det dagliga arbetet. Gränsen upplöstes i ett slag med bildandet av den samordnade verksamheten. Samrehab kan därmed sägas ha löst de problem som ”det var satt att lösa”. Vi har inte hunnit genomföra allt det utvecklingsarbete vi hade hoppats kunna klara av. Som i alla verksamheter dyker det ständigt upp andra frågor och uppdrag som måste lösas. Takten i förbättringsarbetet måste förstås balanseras så att det dagliga patientarbetet inte blir lidande.

Utvärderingen omfattar tyvärr ingen jämförelse med andra rehabiliteringsverksamheter men vid kontakter med kollegor och andra medaktörer i vår omvärld framkommer det inte sällan hur man på andra håll fortfarande brottas med många av de problem som var huvudorsak till att Samrehab bildades. Där är frågor om ansvarsgränser såväl mellan kommun och primärvård som mellan slutna vård och öppna vård fortfarande aktuella och tar mycket tid och kraft i flera sammanhang.

Det fanns förstås en hel del samordning mellan de olika verksamheterna också tidigare, men med det gemensamma uppdraget har vi inte behövt ”knacka på” och komma överens om att vi ska samverka. Om patientens behov krävt det, och om helheten vunnit på en samordning, så har det bara varit att sätta igång. Vårt samarbete med de personer som finns i de organisationer som vi tidigare ingick i, har fortsatt men ser lite

annorlunda ut. Inte så mycket i samarbetet kring enskilda patienter men med ny organisationstillhörighet förändras ju t ex deltagande i arbetsplats-träffar, planeringsmöten o s v.

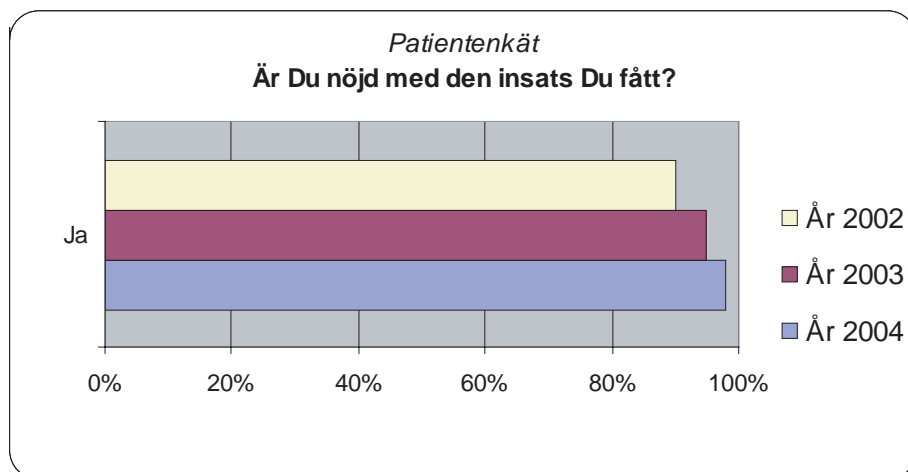
Vår värdering av hur Samrehabförsöket lyckats utgår i första hand från de svar vi fått genom datainsamlingen och redovisas utifrån de tre perspektiven Patient, Personal och Ekonomi i enlighet med samverkansavtalet mellan huvudmännen. Som läsaren säkert noterar går perspektiven i varandra. Så t ex kan naturligtvis möjligheten till kompetensutveckling ses ur såväl patient- som personalperspektiv.

Som vi tidigare beskrivit har frågorna i enkäter och intervjuer ställts utifrån vad vi antog skulle indikera att rehabiliteringsarbetet bedrivs på ett effektivt sätt. I flera frågor kan vi se att vi ligger ganska långt från det önskvärda och i en del ser det bra ut från början. I de allra flesta fall kan vi se att riktningen är ”rätt”, oavsett startläge. En del svar i den andra personalenkäten avviker och bryter en jämn förändringslinje - åt ena eller andra hållet. Utvärderingsgruppen har tolkat detta som ett uttryck för det pedagogiska fenomenet att ”ju mer man vet desto mer inser man vad man inte vet” och det första steget till utveckling och förändring. Vi ser också att det efter hand är färre medarbetare som anser att frågorna i personalenkäten inte är relevanta, vilket vi tolkar som att vi lyckats involvera fler i frågor om hur rehabiliteringsarbetet ska bedrivas.

Arbetet med att samordna, skaffa oss en gemensam helhetsbild av rehabiliteringskedjan och gemensamma riktlinjer för patientarbetet har, tillsammans med utvärderingsarbetet i sig, lett till att vi identifierat en del kvalitetsbrister och utvecklingsområden som annars troligen inte blivit så synliga.

Patientperspektiv

Utvärderingen ger inte svar på om patienternas funktion, aktivitet och livskvalitet har kunnat förbättras i högre grad eller snabbare än i den tidigare organisationen eftersom det inte varit möjligt att jämföra. Det finns dock en hel del som pekar på att effektiviteten ökat, vilket vi visat i föregående kapitel. Patienterna säger sig också vara nöjda med den insats de fått. Hela 98 % svarar ja på den frågan i den sista enkäten.



Figur 22.

”Patienten alltid är vår” och vi har kunnat planera insatserna utifrån patientens behov utan att behöva fundera på ansvarsgränserna. I enkät och intervju framkommer att personalen inte anser att patienter bollades runt i någon större omfattning före Samrehab. Detta förvånar utvärderingsgruppen eftersom det tidigare inte var helt ovanligt att verksamhetsansvariga ställdes inför frågor kring behandlingsansvar, när det fanns olika uppfattningar om vilken verksamhet eller huvudman som skulle ansvara för insatsen. Hur som helst förekommer detta inte alls längre. Vi talar numera mycket sällan om landstingspatienter och kommunpatienter i det dagliga arbetet. Det har blivit lättare att veta vem som ska göra vad och det ser ut som om de olika professionerna och verksamhetsgrenarna kopplar in varandra i rehabiliteringsprocessen allt mer.

Våra medaktörer anser i mycket hög utsträckning att samarbetet med Samrehab kring enskilda patienter fungerar väl. Det enda egentligt negativa som framkommer i medarbetarenkäterna är nackdelen med att inte ha *en* gemensam journal.

Det finns tydligare riktlinjer för prioriteringar och mål för verksamhetens resultat utifrån ett patientperspektiv. De svar vi fått visar att arbetsterapeuter och sjukgymnaster är mer "målmedvetna" i sitt arbete med patienterna.

Synen på patienten som en "aktör" har fått genomslag och uppmärksammas alltmer. Det finns en samstämmighet om att det är viktigt att göra patienten delaktig i hela rehabiliteringsprocessen och det påverkar också vårt sätt att arbeta.

Väntetiderna till polikliniska insatser har minskats från upp till 5-6 månader ned till som mest ca 3 veckor.

Vi befinner oss i en tid av snabba förändringar där vi måste ha beredskap för att ställa om till nya arbetssätt och helst genomföra förändringar innan de är nödvändiga. De allt kortare vårdtiderna på sjukhus och mer avancerad vård i hemmet kräver ett nytt sätt att arbeta också för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Vår erfarenhet är att det går mycket lättare att ställa om när resurserna är samlade under gemensam ledning.

Personalperspektiv

Till en början fanns en hel del oro och osäkerhet hos personalen om hur de egna arbetsuppgifterna skulle komma att påverkas i den nya organisationen. Några hade exempelvis en föreställning om att alla nu skulle "jobba med allt". Detta var dock aldrig avsikten. Resultatet har också blivit att var och en allt mer kunnat fokusera på ett mer avgränsat arbetsområde men nu med utgångspunkt från patienternas behov, och inte huvudmannaskapstillhörighet, eftersom det blivit tydligare hur och av vem patienter i gråzonen mellan ansvarsgränserna ska tas om hand. Revirtänkandet inom rehabiliteringskedjan är i det närmaste utrotat. Det har också blivit tydligare vilka patienter som ska tas omhand på bas- respektive specialiserad nivå. I den tredje och sista enkäten uppger personalen att man i högre utsträckning anser att områden för specialisering är identifierade.

En stor tillgång har varit att vi är många och tillsammans har stor samlad kompetens. Vid vakanser är sårbarheten mindre genom att personal täcker upp för varandra, också mellan de olika enheterna. Det är lättare att skapa utrymme för utvecklingsarbete tillsammans än det tidigare var för varje mindre enhet för sig. Personal kan inom olika områden utveckla

specialkunskap som sedan kommer hela verksamheten tillgodo. Ambitionen att få en närmare anknytning till vetenskap, forskning och evidensbaserade metoder har lett till att flera medarbetare tillägnat sig ny kunskap genom högskolekurser. Erfarna arbetsterapeuter och sjukgymnaster handleder nya och mindre erfarna kollegor. Studenter ges möjlighet till bred praktik och en helhetsbild av rehabiliteringskedjan. Rehabiliteringsprofessionen har också lyfts fram och fokuserats eftersom Samrehab är så synligt.

Initialt gick det åt mycket tid och kraft att lösa organisatoriska problem, vilket vi skrev en del om i delrapporten. Det var inte bara det att Samrehab, som en udda verksamhet, skulle finna sin plats i den övriga världen och omsorgen. Med den nya organisationen förändrades också strukturen för arbetsledning inom Samrehab. För flera medarbetare innebar detta att de inte som tidigare hade sin närmaste arbetsledare ”på plats” och det tog tid att hitta nya former för kontakt och information. De allra flesta av dessa ”kullerstenar” är nu undanröjda och det är främst tre nackdelar med Samrehab som tydliggörs i utvärderingsresultatet.

Den första är att flera av Samrehab:s medarbetare har upplevt, särskilt i början, att de inte fått lika mycket information om och inte varit lika delaktiga i det som händer i den organisation man hörde till tidigare. Personalen har t ex inte haft tillgång till Västra Götalandsregionens eller Svenljunga kommuns intranät med interntelefonkatalog, E-postlista mm. Av enkäter och intervjuer framgår det dock inte i vilken mån detta haft betydelse för patientarbetet eller om det är information av mer ”allmän karaktär” som man saknat. Å andra sidan finns hos en del medarbetare uppfattningen om att det blir för mycket information inom Samrehab. Svårigheten att hitta rätt nivå på informationsflödet är inte unikt för Samrehab. Med dagens enorma informationsflöde behöver vi definiera vad som är väsentlig information för alla att ta del av och på vilket sätt den ska ”distribueras”. Med alla de möjligheter som tekniken ger idag kommer dock varje medarbetare allt mer att själv få/kunna söka den information han eller hon behöver för sitt arbete.

Den andra nackdelen är, som framgår av kommentarer till personalenkäten, att det blir mycket resande till arbetsplatsträffar, arbetsgruppsmöten o s v eftersom Samrehab:s personal är lokaliserad till fyra orter. Det

är framför allt det geografiska avståndet mellan Skene och Svenljunga, med en halvtimmas restid, som upplevts väl långt. Vi tror ändå att det i de flesta fall varit väl använd tid. Det är svårt att samarbeta var och en för sig. I den sista enkäten finns det också färre kommentarer om nackdelarna med avstånden än i de två första.

Den tredje är nackdelen med sekretessgränserna, eller snarare brandväggarna inom IT mellan olika organisationer och de olika journalsystemen hos våra medaktörer. Den gemensamma journalen inom Samrehab har inneburit stora vinster i informationsöverföring mellan arbetsterapeuter och sjukgymnasterna inom slutenvården och hemrehabilitering. Samtidigt blir överföringen av patientinformation mellan Samrehabs personal å ena sidan och läkare, sjuksköterskor med flera vid Skene lasarett, vårdcentralerna och äldreomsorgen å den andra mer tungrodd.

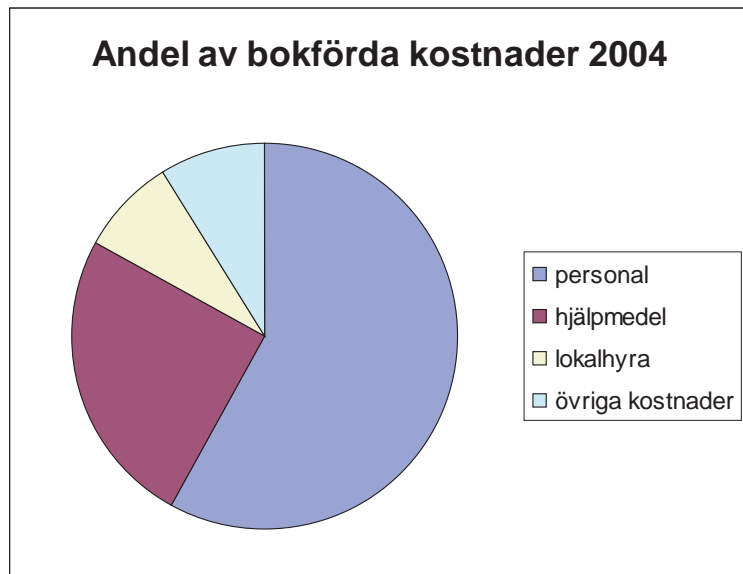
Ekonomiskt perspektiv

När Samrehab startade tillfördes verksamheten de resurser för arbetsterapi, sjukgymnastik och personliga hjälpmedel (inom kommunernas ansvar) som fanns i den tidigare organisationen med visst tillskott för arbetsledning. Regionen tillförde dessutom, utifrån politisk överenskommelse mellan huvudmännen, från och med år 2002, ytterligare 1, 5 miljoner kronor per år för att täcka kostnaden för de insatser som kommunerna tidigare utfört för "landstingspatienter".

Finansiering (tkr)	2002*	2005**
Marks kommun	18 319	20 058
Svenljunga kommun	5 536	5 945
Västra Götalandsregionen	15 420	23 482

* 2002 var det första hela kalenderåret

** Från 2003 fick Samrehab kostnadsansvar för personliga hjälpmedel inom Regionens ansvar.



Figur 23. Fördelning av verksamhetskostnader 2004

Nämnden för Samrehab har inte förfogat över några egna budgetmedel för nämndkostnaderna. Varje huvudman har stått för samtliga kostnader för sina respektive ledamöter. För helhetens skull kan det vara av värde att här redovisa en sammanställning av den beräknade¹⁵ totala kostnaden¹⁶.

Nämndkostnader (arvode inkl PO, reseersättning, förlorad arbetsinkomst)	2002	2003	2004
Antal sammanträden	4	5	4
Marks kommun	10 000 kr	109 729 kr*	107 664 kr**
Svenljunga kommun	9 585 kr	32 059 kr	22 020 kr
Västra Götalandsregionen	26 000 kr	52 300 kr	36 300 kr
Totalt	45 585 kr	194 088 kr	165 984 kr

* Ordförandearvode 5 803 kr/mån

** Ordförandearvode 5 954 kr/mån

Ekonomiska nyckeltal

Under Samrehab's första år hade vi ingen realistisk möjlighet att följa upp kostnaderna per patient eller besök. De ingående verksamheterna hade olika sätt att redovisa patientbesök när vi startade och det var initialt orimligt att lägga all den tid som krävts för att styra om till något gemensamt, samtidigt som vi skulle få det dagliga patientarbetet att flyta smidigt i den nya organisationen. Vi bestämde oss för att vänta tills den gemensamma journalen,

¹⁵ Det har inte varit möjligt att helt och hållet få fram den faktiska kostnaden eftersom den inte i varje enskilt fall redovisats som en kostnad just för Samrehabnämnden. Detta gäller Marks kommun 2002 och för regionens del samtliga tre redovisade år.

¹⁶ Regionens kostnader har beräknats med ett arvode på 500 kr för halvdagssammanträde och 1000 kr för heldagssammanträde samt 27 kr/mil i reseersättning. I kostnaden ingår inställelse-/inläsningsarvode 100 kr, timarvode 89 kr, förlorad arbetsinkomst/tim max 111 kr, PO 42,93 %, reseersättning 25 kr/mil samt kurs-/konferensavgift.

som skulle ge oss nya möjligheter till uppföljning, var införda. Detta tog av olika skäl längre tid än vi hade hoppats. Det nya journalsystemet var inte fullt infört förrän under våren 2003, men vi bestämde oss ändå för att göra en första sammanställning för det året. Vi hade hjälp av en ekonom¹⁷ som under våren 2004 tog fram nyckeltal¹⁸ med stöd av Landstingsförbundets kostnadsberäkningsmodell KPP (Kostnad Per Patient). För det första halvåret 2003 fick vi göra vissa uppskattningar om antal patienter och besök utifrån de faktiska besökskontakterna i journalsystemet under årets andra hälft. Utifrån samma beräkningsmodell har vi fått hjälp¹⁹ att ta fram nyckeltalen för 2004 (nu enbart med faktiska besöksuppgifter från kontaktregistrering).

Vi har valt att redovisa den totala kostnaden för samtliga insatser exkl kostnaden för hjälpmedel inom de olika verksamhetsdelarna. I de redovisade kostnaderna nedan ingår alltså såväl arbetsterapi som sjukgymnastik. De ovan redovisade nämndkostnaderna ingår inte i totalkostnaden i följande tabeller.

¹⁷ Simon Phillips

¹⁸ Den som vill veta mer om nyckeltalsarbetet kan kontakta Lena Ehrnlund, samrehab@mark.se

¹⁹ Maria Pedersen, ekonom

Antalet patienter och besökskontakter är hämtade från kontaktregistreringen i vårt journalsystem Profdoc.

Hemrehabilitering (basnivå)	2003	2004
Antal patienter	1 660	1 834
Totalkostnad per patient (kr)	9 778	9 418
Antal besökskontakter	7 290*	9 011
Totalkostnad per besök (kr)	2 227**	1 917**

*Här finns troligen en "underregistrering" eftersom inte alla rehabiliteringsassistenter dokumenterade i journal från början.

** I kostnaden ingår arbetsterapi- och sjukgymnastinsatser vid korttidsrehabiliteringsavdelning. Det är egentligen inte alls relevant att redovisa kostnaden för besök inom hemrehabilitering eftersom en mycket stor del av insatserna för patientgruppen består av medverkan vid vårdplanering, vårdtagarmöten och samråd, handledning till omvårdnadspersonal mm. Dessa insatser registreras hos oss som en samverkanskontakt och inte som besökskontakt.

Mottagningsverksamhet (basnivå)	2003	2004
Antal patienter	2 296	2 378
Totalkostnad per patient (kr)	3 199	3 098
Antal besökskontakter	10 530	10 910
Totalkostnad per besök (kr)	697	675

Insatser vid sluten vård och vid mottagning (specialiserad nivå)	2003	2004
Antal patienter	1 375	1 648
Totalkostnad per patient (kr)	5 212	4 470
Antal besökskontakter	10 720	11 626
Totalkostnad per besök (kr)	669	634

I redovisade besök ingår såväl individuella besök som gruppbesök. Verksamheten har varje år hittills genererat överskott som vid utgången av 2004 summerades till 4, 8 miljoner kronor. Efter hand har vi inom den samlade verksamheten funnit nya möjligheter att samordna och rationalisera. Lokaler, utrustning, bilar och diverse material är exempel på sådant som kunnat samutnyttjas. Beställningar, inköp, fortbildning, skrivhjälp och kassafunktion är några av de funktioner som kunnat samordnas med lägre kostnader som resultat. Den allra största delen av överskottet härrör dock från frånvaro och vakanser som ej ersatts med vikarier. Genom den ökade flexibilitet hos medarbetarna som det gemensamma ansvaret lett till, har personalen kunnat täcka upp för varandra så att verksamheten kunnat upprätthållas utan avbräck för patienterna. Vi ser detta som en positiv konsekvens av samverkan så länge det rör sig om kortare perioder. Vid mer långvariga vakanser krävs förstås vikarier. Väntetiderna har minskat och vi har inom den ekonomiska ramen t ex infört datajournal inom hela den specialiserade arbetsterapi- och sjukgymnastikverksamheten vid Skene lasarett och ökat antalet datorer inom hemrehabiliteringsteamet. Ekonomin får alltså anses vara under kontroll och det mesta tyder på att vi får ut mer för pengarna.

SLUTORD

Samrehab har nu funnits i fyra år. I uppdraget till Samrehab ingick att utvärdera verksamheten ur tre perspektiv. Sammanfattningsvis är vår värdering att Samrehab lyckats i tillräckligt hög grad utifrån sitt uppdrag. Efter hand som Samrehabförsöket pågått har vi funnit indikationer för att produktiviteten ökat med bibehållen eller bättre kvalitet. Utvärderingen visar, så vitt vi kan bedöma, inte på några försämringar eller nackdelar för patienterna. Tvärtom pekar åtskilligt på förbättringar. Personalen ser en del nackdelar men framför allt vinster och fördelar. Ekonomin är under kontroll och det mesta tyder på att vi får ut mer för pengarna.

Utvärderingsarbetet har lett till att ett antal utvecklingsområden har identifierats. Det har också stärkt oss i insikten om hur angeläget det är att utveckla utvärderingsmetoder som möjliggör jämförelser mellan olika verksamheter både ur ett kostnadsperspektiv och ur ett nyttoperspektiv för patienterna.

APPENDIX

Om utvärderingen

Utvärderingen av Samrehab har, liksom utvärderingar allmänt, att hantera ett antal generella frågeställningar om:

- Uppdraget
- Kunskap om fenomenet
- Bedömning och (ut)värdering
- Nyttiggörandet²⁶

Utvärderingsuppdraget liksom utvärderingens utgångspunkter och framväxt framgår av delrapporten. I den beskrivs också utvärderingens planerade genomförande och vilka frågor som utvärderingsgruppen skulle söka svar på. Frågorna för utvärderingen (se bilaga till delrapporten) vaskades fram ur uppdragsgivarens måldokument. Sammantaget blev det många frågor, strukturerade såväl ur perspektiven; patient, personal och ekonomi som utifrån om de tog sikte på Samrehab's struktur, process eller resultat. Uppläggningen vill vi sammantaget beteckna som mycket ambitiös.

Datainsamling

Insamling av information, eller datainsamling, syftar till att ge kunskap om det aktuella fenomenet. I det här fallet om Samrehab, främst ur perspektivet Samrehab som ett organisationsförsök.

²⁶ Denna indelning av hämtad från Karlsson P-Å (2002) *Utvärderingsverkstäder. Stöd för interna utvärderingar*. Göteborg: FoU i Väst/GR. Liknande, eller mer förfinade, indelningar finns i utvärderingslitteraturer; t ex Åberg J-O (1997) *Det rationella och det legitima. En studie av utvärderingars teori och praktik*. Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen. Vedung E (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur. Karlsson J-O (1999) *Utvärdering – mer än metod: tankar och synsätt i utvärderingsforskning - en översikt*. Stockholm: Svenska kommunförbundet, Kommentus.

En viktig tanke bakom uppläggningsen var att söka fånga hur olika intressenter (patienter, medaktörer, personal) uppfattar Samrehab måluppfyllelse och om den förändras över tid. Olika datainsamlingsmetoder skulle användas: Enkäter, intervjuer och dokumentstudier.

Frågorna i de instrument som utformades för intervjuer, enkäter och journalgranskning utgick givetvis från de frågor som vaskats fram ut uppdragsgivarens olika måldokument. Vi försökte operationalisera (göra mätbart, eller åtminstone bedömningsbart) i vilken mån olika mål kunnat uppnås under Samrehabtiden. I enkäterna gavs de olika frågorna oftast formen av påståenden, exempelvis i personalenkäten:

”Jag sätter upp mål för behandling gemensamt med mina patienter.”

Svarsalternativen utgjordes av en skala om hur den svarande instämmer i påståendet – helt, i stor utsträckning, delvis, i liten utsträckning eller inte alls.

På så sätt skulle ett underlag kunna fås om förändringar i uppfattad måluppfyllelse mellan de olika mättillfällena. Det vill säga en förskjutning mot att en större andel av de tillfrågade instämde i större utsträckning indikerar en rörelse i riktning mot ökad måluppfyllelse.

Insamlingen av data skulle ske vid 3 olika tillfällen: 2002, 2003 och 2004, de första två åren på hösten och sista insamlingen skulle ske under våren. Vissa avsteg har fått göras från den planerade datainsamlingen beroende på tids- och resursbrist. Redan av delrapporten framgår att den första insamlingen och sammanställningen av data blev något mer utdragen än beräknat. Insamlingen av data under 2003 fick minskas. Inga intervjuer gjordes och inga data inhämtades från medaktörer. Insamlingen under 2004 försköts i delar till efter sommaren.

De datainsamlingar som gjorts har kunnat genomföras med hög svarsfrekvens. De intervjuer som gjorts har även kunnat genomföras med i stort sett planerat urval. De tidsförskjutningar som blivit har inneburit att utvecklingen i Samrehab kunnat följas under något längre tid, vilket givetvis är en fördel.

Sammantaget hävdar vi att med denna mångfacetterade datafångst ges rika möjligheter att skapa en bred kunskap om Samrehab ur de aspekter som uppdraget kräver. Dock har det inte varit möjligt att på samma nyanserade sätt skaffa kunskaper om Samrehab ur ett ekonomiskt perspektiv.

Bearbetning och analys

Bearbetningen och analysen av insamlade data syftar till att ge ett gott underlag för det som är själva utvärderingens kärna – att kunna uttala sig om Samrehab's värde, här ur perspektivet Samrehab som ett organisationsförsök inom rehabiliteringsområdet.

Efter att de olika delstudierna genomförts sammanställdes de var för sig i texter (t ex referat av samtliga patientintervjuer) och i tabeller (t ex för varje omgång personalenkät). Enkäterna som upprepades sammanställdes efterhand så att utvecklingen av svaren för de olika frågorna kunde följas över datainsamlingstillfällena. Så gjordes även för journalgranskningen, som hade formen av en enkät som ifylldes utifrån uppgifter i journalerna.

Information från de olika datainsamlingarna sammanfördes sedan under de olika temaområden som växte fram utifrån de mål som formulerats för Samrehab. Till exempel sammanfördes frågor och svar som gällde ”målinriktat arbetssätt” till ett samlat dokument. Information från såväl från intervjuer, enkäter, journalgranskning och andra tillgängliga källor sammanfogades således. På så sätt gav de olika datainsamlingarna bidrag till att ”lägga puzzel” för att utröna eventuell måluppfyllelse i olika avseenden.

Utgångspunkter för tolkning och värdering

Ovannämnda sammanfogade information bildade sedan utgångspunkt för tolkning och värdering av insamlat material. Inom utvärderingsgruppen gjordes en tolkning av mot vilka kriterier Samrehab skulle värderas. Utgångspunkten var att betrakta Samrehab i första hand som *ett organisationsförsök med den övergripande målsättningen – effektiv rehabilitering*. Utifrån tillgängliga måldokument framkom att detta skulle uppnås genom:

- obrutna vårdkedjor
- ingen ska bollas runt i systemet

- målinriktat arbetssätt
- personal med god kunskap och kompetens
- ändamålsenlig organisation
- smidig administration
- positiva upplevelser av Samrehab från brukare, personal och samarbetspartners
- effektivt resursutnyttjande

Det streckade ovan kan ses som uttryck för delmål på vägen för att nå den övergripande målsättningen om effektiv rehabilitering eller som medel som sammantaget ska möjliggöra det övergripande målet.

Den information som insamlats, sammanställts och analyserats på det sätt vi nämnt ovan bildade således underlag för gruppens bedömning i de olika avseendena, vilket framgår av rapportens redovisning. (I redovisningen har vissa av ovannämnda delmål fogats samman och gett andra rubriker.) Utvärderingsgruppens samlade utvärdering framgår i rapportens avslutande kapitel.

Utvärderingens funktion och nyttiggörande

Utvärderingen är avsedd att utgöra ett av underlagen för beslut om Samrehab's framtid. Vilken verklig roll den kommer att få i det sammanhanget återstår i skrivandets stund att se. Vi vill här lyfta fram en form av nyttiggörande som blivit mer framträdande under arbetet med utvärderingen: betydelsen för att successivt kunna utveckla Samrehab's arbete under försökstiden. Såväl i delrapporten som i denna slutrapport pekar vi på hur arbetet med utvärderingen kunnat nyttiggöras i olika sammanhang.

Några metodreflektioner

Avslutningsvis vill vi här göra några korta reflektioner kring uppläggningsen och genomförandet av utvärderingen. Vi har redan hävdat att uppläggningsen varit mycket ambitiös. Måhända har den varit alltför ambitiös i förhållande till de resurser som kunnat avsättas för att genomföra utvärderingen. Ett omfattande material har insamlats och bearbetats. Bearbetningen och ana-

lysen har dock fått begränsas av resursrestriktioner – främst tidsbrist.

I delrapporten tas upp om att ökad kompetens för utvärderingsarbete är önskvärd. Arbetet med utvärderingen av Samrehab har bidragit till ökade kunskaper och erfarenheter för samtliga inblandade i utvärderingsgruppen. Ett ömsesidigt lärande har skett, som kan vara till nytta i många olika sammanhang.

Att genomföra utvärderingen med i huvudsak interna personalresurser och med förvaltningschefen i utvärderingsgruppen har inneburit en närhet till verksamheten som varit av värde för det allt tydligare formativa syftet i arbetet – att utvärderingen ska ge erfarenheter under tiden för att utveckla Samrehab som verksamhet. En nackdel, sett utifrån det ursprungliga summativa syftet att ge underlag för beslut om Samrehab's framtid, kan vara den interna uppläggningsen. Utvärderingens uppläggning kan kritiserars om risk för bristande objektivitet, för risken att ”se grandet i sin grannes öga men inte bjälken i sitt eget”, genom att förvaltningschefen och företrädare för de ledande professionerna ingått i utvärderingsgruppen. Den externa medverkan via ÄldreVäst Sjuhärad har förhoppningsvis bidragit till att föra in balanserande infallsvinklar i riktning mot eftersträvad objektivitet i arbetet.

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom äldreområdet och området för funktionshinder som funnits sedan 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, Västra Götalandsregionen samt Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom områdena äldre och funktionshinder.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler (mer om högskolan på www.hb.se)

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se.

Där finns bland annat tidigare utgivna rapporter.

