



Finansiell samordning mellan
FÖRSÄKRINGSKASSAN SOCIALTJÄNSTEN PRIMÄRVÅRDEN
I samverkan med
LÄNSARBETSNÄMNDEN PSYKIATRIN VUXENUTBILDNINGEN

DELTA-projektet

TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING I BISKOPSGÅRDEN

Ros-Marie Andreasson

Hisingen 1 maj 2001

Utvärderingsrapport

INLEDNING

Utvärdering har varit ett centralt och integrerat inslag i DELTA-samverkan som bedrivs på Hisingen i Göteborg sedan 1997. Tillsammans med ett drygt tjugotal rapporter utgör denna rapport en del av den lokala utvärderingen av DELTA-samverkan.

Uppdraget

DELTA-samverkan har sin grund i den så kallade SOCSAM-lagstiftningen. SOCSAM är en försökslagstiftning, som medger att resurser från socialtjänst, försäkringskassa och sjukvård läggs samman för att användas för ökad välfärd, effektivare hushållning med de gemensamma resurserna samt ökad professionalitet hos de samverkande organisationernas medarbetare. Försökslagstiftningen upphör i och med årsskiftet 2002/2003.

I sin ansökan om att få bedriva försöksverksamheten preciserade de dåvarande huvudmännen, Göteborgs allmänna försäkringskassa och Göteborgs stad, att man ville bedriva försöket med fokus på grupper i åldrarna 16 till 64 år som inte på effektivt sätt nås av välfärden. Försöket skulle bedrivas i form av avgränsade, gemensamt finansierade delprojekt. I den gemensamma finansieringen skulle sjukvården företrädas av primärvården. I ansökan angavs också att samverkan, utanför den finansiella samordningen, skulle sökas med Länsarbetsnämnden i dåvarande Göteborgs- och Bohus län.

Organiseringen

Försöksverksamheten har bedrivits i enlighet med de givna förutsättningarna. Från och med 1998 har psykiatrik vid länssjukvården inlemmats i samverkan. Vuxenutbildningen har ingått från och med år 2000. Dessa båda har deltagit på samma förutsättningar som Länsarbetsnämnden. Regionbildningen i Västsverige ändrade ägarbilden så att från och med 1999 består ägarna av Västra Götalands allmänna försäkringskassa, Västra Götalandsregionen samt Göteborgs stad.

Två genomgående strategier för DELTA-samverkan bör noteras. Den ena är att varje aktivitet har föregåtts av ett gemensamt kartläggningsarbete, Kunskaps-DELTA. Syftet har varit tvåfaldt, dels att skapa en gemensam utgångspunkt, dels att från start försöka optimera förhållandet behov – åtgärd. Den andra strategin är att DELTA-samverkan skall ägas lokalt och stöttas centralt. Med ”lokalt” skall förstås medarbetarna som i sitt dagliga arbete möter Hisingborna. Det är dessa medarbetare som bäst kan läsa av i vilka avseenden som välfärden fungerar eller inte fungerar och därmed kan vara av intresse för samverkan inom DELTA. Med ”centralt” skall förstås samtliga övriga nivåer inom respektive organisation.

Utvärderingen

Uppdraget att utvärdera SOCSAM-försöken ligger på Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Årliga lägesrapporter har lämnats till regeringen. Senast den 1 december 2001 skall en slutrapport lämnas. I denna skall en sammanfattande rapportering och bedömning lämnas. De förhållanden som inte kan rapporteras vid denna tidpunkt skall rapporteras senast den 1 juli 2003.

Parallellt med den nationella utvärderingen har DELTA-samverkans politiska ledning, Beställarförbundet, redan i ett tidigt skede avsatt resurser för utvärdering av DELTA's olika aktiviteter och konsekvenser av dessa. Beställarförbundet har därmed betonat vikten av systematik och konsekvens inte bara i identifiering, start och drift av aktiviteter, utan också i uppföljning med avseende på effekter och resultat för varje aktivitet.

Utvärdering av DELTA's aktiviteter har gjorts i form av självvärdering. Detta har varit ett naturligt val utifrån de två angivna strategierna för DELTA-samverkan. En strävan har även varit att uppföljning och utvärdering skall utvecklas till att bli en naturlig och integrerad del i arbetet. Varje aktivitet har därmed ägt sin egen utvärdering. DELTA's nätverk för utvärdering, sammansatt av representanter för ägarna och från olika institutioner eller motsvarande vid västsvenska högskolor och universitet, har lämnat riktlinjer för utvärderingsarbetet. Två representanter från universitetet har fortlöpande lämnat metodologiskt stöd till varje aktivitet. Varje aktivitet har uppmanats att skaffa en medbedömare som i slutskedet har gjort en så kallad kollegiebedömning av den då nästan färdiga rapporten.

Under arbetets gång har en gemensam struktur arbetats fram. Innebörden i denna är att varje aktivitet skall redogöra för sina förutsättningar, sin process och sina effekter/resultat. Dessa tre perspektiv skall anläggas på dels de Hisingebor som deltagit i aktiviteten, dels aktivitetens medarbetare, dels berörda organisationer. På detta sätt erhålls en matris med nio kombinationer. Olika instrument/redskap har använts för att beskriva och värdera innehållet i respektive kombination. Exempel är dagbok, enkäter, fokusgrupper, loggbok och EuroQol. Såväl individnivå som strukturer har belysts. I respektive rapport beskrivs det tillvägagångssätt som använts. En ambition har varit att inte enbart beskriva vad som åstadkommits och hur detta gjorts, utan även att reflektera över varför olika val och ställningstaganden gjorts

Det har varit angeläget att komplettera utvärderingen av varje aktivitet med värderingar av DELTA-samverkans effekter på dels respektive hemmaorganisation, dels samhällsekonomin. Detta har gjorts i särskilda studier. DELTA som lärande organisation har också studerats. Dessa tre studier har genomförts av representanter från högskola/universitet i DELTA-samverkans nätverk för utvärdering. Slutligen har en studie av läkemedelsförskrivningen vid Hisingens vårdcentraler genomförts.

Samtliga ovanstående utvärderingar är daterade 1 maj 2001. Under perioden fram till 1 augusti 2001 kommer sammanfattande utvärderingar att göras. En är en värdering av utvärderingen av DELTA-samverkan. En annan är en sammanfattande diskussion av de rapporter som lämnas den 1 maj 2001. Dessa båda rapporter tas fram av utvärderingsnätverkets medlemmar från universitet och högskola. De av nätverkets medlemmar som representerar huvudmännen, kommer att beskriva och värdera DELTA's arbete med utvärdering ur ett huvudmannaperspektiv. Slutligen kommer en rent beskrivande rapport att tas fram i syfte att redogöra för uppbyggnad, strategier etc för DELTA-samverkan.

I enlighet med grundprincipen för DELTA-samverkan ansvarar varje projektledare för sin rapport. Projektledarna har haft fortlöpande avstämningar med sina respektive styrgrupper, inklusive projektansvarig.

Hisingen 1 maj 2001

Johan Jonsson
Verkställande tjänsteman
Beställarförbundet DELTA på Hisingen

Innehållsförteckning

Sammanfattning

	sida
1. Bakgrund	6
2. Målsättning med projektet	7
3. Målsättning med utvärdering	8
4. Metod för utvärderingen	8
5. Resultat	10
5.1.1 Deltagarna	10
5.1.1 Förutsättningar	10
5.1.2 Process	13
5.1.3 Effekter	14
5.2 Personal, organisation och stödsystem	15
5.2.1 Förutsättningar och processen	15
5.2.2 Effekter	20
6. Reflektioner/Slutsatser	21
6.1 Individens hälsa och samhällets vinst	21
6.2 Hinder	21
6.3 Vägen över hindren	22
6.4 Är finansiell samordning nödvändig?	23

Referenser24

Bilaga	25
--------	----

Sammanfattning

I den här rapporten utvärderas DELTA-projektet Tidig Samordnad Rehabilitering i Biskopsgården. Projektets huvudsakliga målgrupp har varit personer (16 - 64 år) med besvär från rörelseapparaten och/eller psykosomatiska problem och med behov av insatser från minst två samverkande myndigheter. Målsättningen har varit att genom ett integrerat tvärsankteriet arbetssätt göra bättre bedömningar med korta väntetider och därmed förbättra förutsättningar att uppnå ett tidigt tillfrisknande, minskat lidande för patienten och tidig återgång i arbete/åtgärd. Ett ytterligare mål har varit att få ökad kunskap bland projektmedarbetarna dels om patientens sammansatta behov, dels om andra medverkande yrkesgrupps och myndigheters kompetensområden och arbetssätt.

Utvärderingen har skett med hjälp av enkäter till patienter/deltagare i projektet, projektdagbok och loggbok, genomgång av skriftlig projektdokumentation samt intervjuer av projektmedarbetare.

Utvärderingen tyder på att bedömnings- och rehabiliteringsstrategin som kommit att tillämpas i projektet har betydande fördelar jämfört med konventionella ansatser, även om flera av de mål som satts upp inte uppnåtts. Den samverkan som genomförts upplevts som mycket lyckad av personalen. De flesta tycker att man har ett gott tvärfackligt samarbete och man berömmar systemet där man kan utnyttja varandras kunskaper och erfarenheter. Det är svårt att se att man i framtiden skulle kunna frånga den samverkansfilosofi som etablerats.

Ett antal faktorer har gjort att projektet inte till fullo genomförts som planerats. Flera "externa" faktorer (som den pressade situation för primärvården med resursbrist, stor personalomsättning och hög belastning, samt rent praktiska problem som omfattande ombyggnation av vårdcentralen) och "interna" faktorer (som otydlig styrning, bristande förankring och stimulans av delaktighet i projektet, otydlig information samt avsaknad av forum för diskussion om projektets utveckling) har varit hinder som bidragit till att projektet inte blivit så lyckat som man hoppats. Största missen kan ha varit att man inte tagit tid att analysera vad som gått snett och planera för att förhindra att göra om samma misstag.

Utvärderingen identifierar några kritiska komponenter för utvecklingsarbete och processer för att skapa en god samverkansmiljö vilka ej genomförts på ett bra sätt i detta projekt och drar därmed följande slutsatser:

- Det är väsentligt att i ett tidigt skede sträva efter största möjliga delaktighet bland personalen på samtliga nivåer i projektet.
- När ett projekt genomförs som en del av ordinarie verksamhet måste prioriteringar av projektarbetet i förhållande till det sedvanliga arbetet diskuteras och tydliggöras.
- Det är riskabelt att implementera försöksverksamhet i den allmänna verksamheten i ett tidigt skede innan försöket har hunnit etableras och förankras.

Finansiell samverkan har varit en viktig förutsättning för att kunna testa en ny samverkansmodell i detta projekt. Samtidigt identifierar utvärderingen en risk, vid bristande uppföljning av hur medlen används, att en samverkande myndighet finansierar delar av en annan myndighets verksamhet som ej varit en del av den gemensamma målsättning. Detta understryker behovet av kontinuerlig uppföljning och värdering.

1. Bakgrund

Primärvårdsområdet Biskopsgården omfattar Södra Biskopsgården samt Jättesten. Invånarantalet uppgår till 12 547 personer. I Biskopsgården finns det en hög andel arbetslösa, särskilt bland invandrare och ungdomar. Andelen förtidspensionerade, lågutbildade och låginkomsttagare är hög. Befolkningen med utländsk bakgrund utgör 40 % av invånarna. Ohälsotalen är höga, särskilt bland kvinnor som har ett av de högsta ohälsotalen i landet. (Hälsopolitiskt program 1998 Göteborgs stad Biskopsgården).

Från GÖTEBORGSBLADET 2000 (juni) Göteborgs stadskansli, hämtas följande siffror angående arbetslöshet mm.

	Södra Biskopsgården	Jättesten
Arbetslösa (okt -99)	470	222
Arbetsmarknadspolitiska åtgärder (okt -99)	158	86
Av RFV ersatta dagar/person (-98)	97.9	68.6
Familjer med socialbidrag (-97)	973	341
Förtidspensionärer (-97)	649	465
Folkmängd 16-64 år (-99)	4610	3632
<u>Jämförelseindex (Gbg 100)</u>		
Arbetsökande	172.1	101.7
Ohälsotal	207.5	145.4
Förtidspensionärer	187.9	163.4

Biskopsgården är en mångkulturell stadsdel med högt ohälsotal. Behovet av stöd i form av sjukvård, socialtjänst och arbetsmarknadsåtgärder är stort. Inom förvaltningar för vård och omsorg har man identifierat ett behov att förändra och förbättra systemen för samordning av bedömning och rehabilitering för att åstadkomma snabbare och effektivare bedömning, för att förhindra "rundgång" i olika system och därmed förbättra individens möjlighet till bättre hälsa och minska risken för långa sjukskrivningar. Att finna ett mer effektivt arbetssätt för att få patienter tillbaka till arbetslivet eller utbildning/åtgärd sågs också som ett viktigt led i att förhindra social utslagning.

1997 bildades den lokala Deltagrupp med personal från Primärvården, Försäkringskassan (FK), Länsarbetsnämnden (LAN) och Socialtjänsten. Deltagruppen tog initiativ till att skriva en projektansökan för projektet Tidig samordnad rehabilitering i Biskopsgården och det bestämdes att projektet skulle vara lokaliserat till vårdcentralen. Projektet beräknades komma igång under våren 1998. Genom projektet ville man utöka teamarbetet internt och externt för att de olika rehabiliteringsaktörerna skulle få möjlighet till bättre tvärsektoriell samverkan runt den enskilde patienten. Man ville utifrån ett helhetsperspektiv på patientens ohälsa och därmed sammanhängande problematik göra effektivare gemensamma bedömningar med korta väntetider. Genom finansiell samordning och praktiskt samarbete på lokal nivå skulle förhoppningsvis både ekonomiska resurser och den samlade kompetensen användas bättre.

2. Målsättning med projektet

Deltagaren/patienten

En huvudmålsättning var att genom ett integrerat tvärsektoriellt arbetssätt och en helhetssyn på patienten och hans/hennes sammanhängande problematik göra bättre bedömningar med korta väntetider och därmed förbättra förutsättningar att uppnå ett tidigt tillfrisknande, minskat lidande för patienten och tidig återgång i arbete/åtgärd. På längre sikt var målsättningen att minska samhällets kostnader i form av sjukvårdskostnader, sjukpenning och andra ekonomiska bidrag.

Personalen och organisationen

Ett ytterligare huvudmål var att genom utökat teamarbete inom vårdcentralen och ett utökat och förbättrat samarbete med externa aktörer få ökad kunskap bland projektmedarbetarna dels om patientens sammansatta behov, dels om andra medverkande yrkesgruppers och myndigheters kompetensområden och arbetssätt. En förhoppning var att en fördjupad och breddad kompetens skulle uppnås bland samtliga aktörer. Projektet skulle arbeta integrerat med ordinarie resurser och samtliga professioner på vårdcentralen skulle delta aktivt i projektet.

Ett mål var att detta skulle leda till nära samarbetet mellan projektet och vårdcentralens ordinarie verksamhet samt övriga samverkansparter och därmed att den kunskap som projektet genererade skulle kunna användas för vidare utveckling av den ordinarie verksamheten.

Målgrupp

Den ursprungliga målgruppen för projektet var personer i åldrarna 16 - 64 år med besvär från rörelseapparaten och/eller psykosomatiska problem och behov av insatser från minst två samverkande myndigheter. Personerna skulle vara boende inom Primärvårdsområdet Biskopsgården och inte uppbära pension eller sjukbidrag. Dessa personer har kommit att benämnas "projektpatient" eller "utvärderingspatienter"

Under projekttiden har en ytterligare målgrupp kommit att inkluderas, nämligen patienter som har behov av vård av två/flera olika professioner inom vårdcentralen. Dessa personer har ej ingått i utvärderingen (se nedan) och har kommit att benämnas "samverkanspatienter".

Arbetssätt

I projektet finns kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare och mottagningssköterskor. På vårdcentralen finns också en psykolog som är indirekt involverad i projektet men ej finansierad av projektet. Till och inom vårdcentralen hänvisas patienter till projektet av samtliga professioner och myndigheter knutna till projektet. Detta innebär att Socialtjänsten kan hänvisa en klient som också är patient vid vårdcentralen eller har annan läkarkontakt till projektet, förutsatt att klienten skriftligt lämnar sitt samtycke. På samma sätt har tanken varit att personer skulle kunna hänvisas från Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden. När patienten av någon profession hänvisats till projektet får denne en tid till kurator eller arbetsterapeut som formellt aktualiserar personen till projektet (endast "utvärderingspatienter") efter att samtycke om informationsutbyte mellan myndigheterna

inhämtats från individen. Kurator och arbetsterapeut fungerar som samordnare av det fortsatta arbetet vilket innebär att de sätter samman tvärprofessionella team (vars sammansättning är specifikt för varje individ) samt planerar team-möten, dokumenterar de insatser som görs och ansvarar för att sammanfatta den insatsplan som skall upprättas för varje deltagare.

3. Målsättning med utvärderingen

Utvärderingen som redovisas i denna rapport syftar till undersöka:

- Om den samverkansmodell som var planerad har kommit till stånd och om den fungerar på ett effektivt och tillfredsställande sätt.
- Vilka hinder som förelegat för att etablera den planerade modellen och hur sådana hinder har övervunnits.
- Vilken syn personalen har på samverkan i bedömning och rehabilitering samt på andra medverkande aktörer.
- Antal och karaktäristik vad gäller de patienter/deltagare som deltagit i projektet.
- Förändringar för patienterna (6 månader efter aktualisering i projektet) vad gäller upplevd hälsa, sjukskrivning, sysselsättning och offentlig försörjning.

I projektansökan angavs några specifika processmål vad gäller bedömningsarbetet.

Utvärderingen har specifikt försökt besvara följande frågor, vilka motsvarar dessa specifika processmål:

- Har regelbundna tider för teamkonferenser, konsultationer och extern/intern samverkan avsatts?
- Har patienten fått tillgång till kartläggning hos samordnande kurator inom en vecka?
- Har tid för bedömning av person inom teamet med relevant yrkeskompetens (kurator, sjukgymnast, läkare, arbetsterapeut, försäkringskassans representant) erhållits inom 1 - 2 veckor?
- Har teamkonferens (multi-disciplinärt eller mini-rehab möte) rörande den enskilde patienten skett inom 4 veckor?
- Har hela bedömningen skett inom sex veckor och utmynnat i en insatsplan?

4. Metod för utvärderingen

Ansats och upplägg

I och med att DELTA medel beviljades för projektet fick projektet uppdrag att göra en utvärdering av den egna verksamheten. Självutvärdering har tillämpats i den bemärkelse att projektmedarbetarna har varit ansvariga för att utarbeta en plan för utvärderingen, konstruera lämpliga mätinstrument, samla in data samt analysera och redovisa data. Knut Lönnroth vid avdelningen för socialmedicin vid Göteborgs Universitet har bistått med metodstöd tillsammans med Cecilia Abrahamsson, resursperson inom DELTA projektet. I övrigt har Deltas nätverk för utvärderingsfrågor hjälpt till att ta fram riktlinjer för utvärdering.

Granskning och revidering av rapporten har skett i flera steg. Vid ett seminarium i februari 2001 granskades ett utkast till denna rapport av en grupp projektledare från andra DELTA projekt samt av en metodkompetent resursperson (Peter Allebeck, Avd för Socialmedicin, GU) som gav synpunkter på innehåll, metoder samt rapportens utformning. I slutskedet av sammanställandet av denna rapport har dessutom en extern bedömare granskat detta dokument vad gäller dess innehåll och metod och rapporten har därefter reviderats.

Följande metoder har använts i utvärderingen:

Litteratur- och dokumentstudier

Tidigare interna och externa utvärderingsrapporter samt tertiärrapporter och årsredovisningar har granskats och analyserats.

Uppföljande enkätundersökning

Samtliga individer (Utvärderingspatienter) som formellt aktualiserats i projektet har tillfrågats om de vill svara på frågor i en enkät vid aktualiseringstillfället, 6 och 12 månader efter aktualisering samt vid tidpunkten då individen avslutar deltagande i projektet. Kurator och arbetsterapeut har varit ansvariga för denna datainsamling. Utöver frågor till individen, innehåller enkäten även information som fylls i av projektmedarbetare samt information som inhämtats från datoriserade register. Delar av frågeformuläret har använts vid intervjuer av individen, andra delar har utgjorts av frågor som individen besvarat själv.

Frågeformuläret har utvecklats gemensamt av projektmedarbetare i de tre vårdcentralsbaserade Deltaprojekten (Biskopsgården, Backa och Kärra-Rödbo) i samarbete med avdelningen för Socialmedicin, Göteborgs Universitet. En pilotstudie med instrumentet gjordes på Backa vårdcentral hösten 1998 och därefter har mindre revideringar av instrumentet gjorts löpande. Personer som redovisas i denna rapport är de som följts upp åtminstone vid ett tillfälle. Detta innebär att redovisningen gäller personer som aktualiserats t.o.m. juni 2000. Data har analyserats i SPPS.

Enkäten innefattar information om:

- Bakgrundsfaktorer (bl.a. kön, ålder, härkomst och utbildning)
- Besvär/problem som föranleder att individen aktualiseras.
- Upplevd hälsa mätt med instrumentet EuroQol (EQ-5D) (The EuroQol Group 1990 vid start, efter 6 och 12 månader samt vid avslutning.
- Offentlig försörjning (bl.a. sjukpenning, socialbidrag och a-kassa) vid start samt vid 6 och 12 månaders uppföljning. Ett formulär utvecklad av socialstyrelsen och riksförsäkringsverket (Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket 1998), har använts för detta ändamål och uppgifterna är baserade på registerdata.
- Sjukskrivning (förekomst, varaktighet och omfattning) vid samtliga mättillfällen. Denna information är baserade på såväl individens uppgifter som registeruppgifter.
- Individens sysselsättning vid samtliga mättillfällen.
- Vilka kontakter individen haft med olika yrkesgrupper löpande under projektiden.
- Personalens bedömning av insatsernas effekt på individens hälsa och funktionsförmåga samt individens upplevelse av insatsernas värde (vid samtliga uppföljningsmätningar).

Under projektets gång har en hel del förändringar skett vad gäller projektets målgrupp (se nedan). Detta har inneburit att oklarheter har uppstått gällande vem som skall betraktas som formell projektpatient och därmed skall ingå i utvärderingen. Mer än hälften av de patienter som erhållit insatser inom projektets ramar har därför ej utvärderats. Dessa så kallade "samverkanspatienter" (till skillnad från de formellt aktualiserade patienterna som kallas "utvärderingspatienter") har varit personer med behov av insatser från minst två professioner men ej nödvändigtvis uppfyllt de övriga målgruppskriterierna (se ovan).

Loggbok

Projektledaren har kontinuerligt dokumenterat de aktiviteter inom projektet som inte är relaterade till patientarbete. Bland annat har planeringsträffar, seminarieverksamhet, utbildningar, studiebesök och utåtriktad informationsaktiviteter dokumenterats. Bemanningssituationen inom projektet har också följts upp.

Dagbok

I den ursprungliga utvärderingsplanen ingick att projektmedarbetarna kontinuerligt skulle reflektera kring projektets genomförande och skriva ner dessa reflektioner i en projektdagbok. I synnerhet var tanken att processer vad gäller utvecklandet av samverkan mellan olika yrkesgrupper och myndigheter samt processer vad gäller utvecklande av nya arbetssätt och organisationsstrukturer skulle beskrivas. Ett syfte var att identifiera hinder för samverkan och strategier för att övervinna sådana hinder. Av olika anledningar (framför allt tidsbrist och omsättning av personal) har användandet av dagboken blivit sporadiskt och endast ett fåtal projektmedarbetare har kontinuerligt fört dagbok. I stället baseras analyser och slutsatser vad gäller frågor kring processer i stor utsträckning på retrospektiva reflektioner av projektmedarbetarna. Som stöd i denna analys har nedan angivna informationskällor använts:

Protokoll från möten inom projektet samt styrgruppsmöten

Protokoll har granskats för att möjliggöra en beskrivning av kritiska händelser och förändringar av projektets struktur och inriktning.

Gruppdiskussioner och individuella intervjuer med nyckelpersoner inom projektet

Dessa har lagts upp som informella diskussioner och intervjuer där anteckningar har förts. Viss extern assistans har givits av avdelningen för Socialmedicin för vissa av dessa aktiviteter.

5. Resultat

5.1. Deltagarna

5.1.1. Förutsättningar

Antal personer i projektet och antal utvärderare personer

För vårdcentralen Biskopsgården har det under projekttiden uppstått en mängd hinder och problem som förorsakat projektets framåtskridande. På grund av en vattenläcka i huset har ombyggnation pågått under hela 1999 vilket inneburit att vårdcentralen varit helt stängd från och med maj till mitten av augusti. Personalen var under denna tid utlokaliserad på olika vårdcentraler. Därefter kom personalen åter på plats, men under fortsatt byggnation vilket medförde att både patienter och personal flyttades runt i lokalerna för att bereda byggnadsarbetarna plats. Ett annat problem var att ingen kurator blev tillsatt förrän april 1999. I kuratorstjänsten ingick även arbetet som projektledare och samordnare. Tyvärr lämnade denne sin tjänst redan i september samma år. Ny kuratorstjänst tillsattes 2000-03-15. Detta och andra hinder diskuteras utförligt i senare avsnitt av rapporten. För patienterna innebär ombyggnationen och det faktum att ingen kurator blev tillsatt att kontinuiteten och uppföljningen blev lidande. Under hela 1999 aktualiserades endast 8 utvärderingspatienter formellt i projektet. Flertalet var patienter som varit sjuka under lång tid och som tagit mycket läkartid i anspråk. Samtliga patienter hänvisades till projektet av behandlande läkare i ett

skede då flera insatser redan givits. Efter att den första kuratorn slutade i september 1999 (efter endast 5 månaders arbete) tillkom inga nya formella projektpatienter förrän den nuvarande kuratorn började i april 2000. Arbetet med s.k. "samverkanspatienter" fortgick alltså och "minimöten" med rehab-team runt och med patienten fortgick. 118 "samverkanspatienter" fanns registrerade årsskiftet 2000-2001 vilka ej följt upp med utvärderingsinstrumentet.

April 2000 definierades åter tydligt vilken målgrupp projektet skulle rikta sig mot och nya patienter började på nytt formellt aktualiseras i projektet och följas upp med utvärderingsinstrument. Vid årsskiftet 2000-2001 fanns 58 registrerade utvärderingspatienter. Av de 58 utvärderingspatienterna har 8 deltagit 12 månader och 22 under 6 månader, endast 3 har avslutats. De data som redovisas nedan gäller de 30 personer som följts upp minst 6 månader.

Patientprofil

Tabell 1 och 2 visar profilen vid aktualiseringstillfället för de 30 utvärderade personerna.

Tabell 1. Allmänna bakgrundsfaktorer

	Procent		Procent
Kön		Familjesituation	
Kvinnor	70%	Ensamboende	37%
Män	30%	Ensamboende med barn	23%
		Samboende	20%
Född i Sverige		Samboende med barn	0%
Ja	31%	Annan	
Nej	67%		
Ålder		Sysselsättning	
16-25	7%	Arbete	41%
26-35	23%	Studier	0%
36-45	33%	Arbetslös	59%
46-55	30%	Arbetsmarknadpol.	0%
56-65	7%	Åtg.	0%
>65	0%	Annan	

Tabell 2. Ohälsa vid aktualiseringen

	Procent / medelvärde		Procent
Huvudorsak till insats		Psykosociala problem	
Fysiska besvär endast	19%	Inga angivna	43%
Psykiska besvär endast	29%	Kris/trauma	10%
Fysiska och psykiska besvär	33%	Ångest och/eller depression	30%
Missbruksproblem endast	0%	Relationsproblem	0%
Fysiska besvär och missbruk	14%	Arbetsrelaterade problem	17%
Psykiska besvär och missbruk	5%	Behov av råd i sociala frågor	0%
		Sjukpenningplacerad	89%
EuroQol index, medelvärde	0.28	Sjukskriven vid aktualisering	80%
		Långtidssjukskriven (Sjukskriven > 3 mån innan aktualisering)	44%
Termometervärde, medelvärde	29	Sjukskriven > 6 ggr senaste året	10%

Materialet är litet, och dessa data skall därför tolkas med försiktighet. Sammantaget karaktäriseras den grupp som hittills utvärderats av omfattande självskattad ohälsa, sammansatt problematik och hög förekomst av psykosocial belastning vid aktualiseringstillfället. Gruppen består av en hög andel personer ej födda i Sverige, en hög andel ensamstående och en hög andel arbetslösa.

För att få en grov uppskattning av gruppens upplevda hälsa i förhållande till andra patientgrupper med rehabiliteringsbehov respektive befolkningen i stort kan medeltalet för EuroQol index jämföras med medeltalet för EuroQol-index från andra undersökningar inom och utanför DELTA projektet. Socialstyrelsen och RFV rapporterar (RFV och Socialstyrelsen 2000) om olika studier där EuroQol instrumentet använts för att mäta upplevd hälsa. Enligt dessa hade ett urval av Sveriges befolkning ett medelvärde på 0,89 1995, sjukskrivna med rygg-nackbesvär i Stockholm, Kristianstads och Västernorrlands län hade ett medelvärde på 0,5 1997 och patienter som Försäkringskassan i Bohuslän köpte rehabiliteringstjänster för 1994 hade ett medelvärde på 0,43. Medeltalet för samtliga personer som utvärderats i olika SOCSAM projekt var 0,58 vid första mättillfället. För samtliga DELTA- projekt med medicinsk eller psykologisk inriktning var medelvärdet 0,38. Av samtliga Deltaprojekt som redovisar EuroQol värden hade Tidig samordnad rehabilitering i Biskopsgården det lägsta medelvärdet vid aktualiseringen.

Den indikation om komplex problematik och hög grad av sjuklighet med starka inslag av psykosomatik och psykosocial belastning stämmer väl med de upplevelser som projektmedarbetarna har av de individer som aktualiserats i projektet. Den initiala bedömnings och utredningsfasen har varit tidskrävande och fodrat insatser från flera yrkesgrupper. I få fall har det varit enkelt att identifiera specifika problem eller sjukdomsdiagnoser mot vilka specifika rehabiliteringsinsatser kunnat riktas. I få fall har insatserna begränsats till medicinsk åtgärder.

Det skall noteras att andelen som ej är långtidssjukskrivna är 56% och att andelen sjukpenningplacerade är 89% i den utvärderade gruppen. Vi har alltså inte att göra med en grupp som domineras av långtidssjukskrivna eller utförsäkrade. En målsättning under projektets senare del har varit att inkludera personer tidigt i sjukdoms- och rehabiliteringsförloppet och att rikta insatser mot de som har risk att bli långtidssjukskrivna i lika hög grad som de som redan är långtidssjukskrivna. Denna målsättning har delvis uppnåtts samtidigt som man kan notera att detta inte har lett till att projektet tagit sig an "okomplicerade" rehabiliteringsfall.

5.1.2 Process

Aktualisering

83% av patienterna aktualiserades i projektet av kurator och 17% av läkare. Detta mönster speglar det faktum att kuratorn (tillika projektsamordnaren) varit formellt ansvarig för att inkludera individer i projektet samt att genomföra datainsamling för utvärderingen. Den som har tagit initiativ till att inkludera patienten är däremot i 87% av fallen en läkare på vårdcentralen, 7% av fallen kuratorn och 6% av fallen psykolog på mottagningen.

Det kan noteras att försäkringskassan och socialtjänsten inte tagit initiativ till aktualisering för någon av de utvärderade patienterna. Socialtjänsten varit aktivt involverad i bedömnings- och rehabiliteringsarbetet vid 56% av fallen. Försäkringskassan och AMI har varit involverad vid gemensamma team-möten i 35% av fallen men i övrigt har FK i ringa utsträckning haft personlig kontakt med patienterna utöver den kontakt som normal sker vid sjukskrivningsärenden (skriftlig och muntlig via telefon). FKs representant har inte varit placerad på VC utan har kommit till VC för att delta i team-möten.

Väntetider

En målsättning var att en gemensam bedömning skulle vara avslutad inom 6 veckor från tidpunkten för aktualisering. Av de 30 som utvärderats hade 90% tagits upp på teammöte. Mediantiden till första teammötet var 12 veckor. 30% hade tagits upp på teammöte inom 6 veckor från aktualisering. I regel har insatsplan upprättats vid första teammöte. Mediantiden till upprättad insatsplan var 12 veckor och 27% hade fått en insatsplan inom 6 veckor. Således har inte målsättningen vad gäller tidig samordna bedömning uppnåtts. Det har tagit ungefär dubbelt så lång tid att upprätta gemensam insatsplan än vad som förutsatts.

Processen att ta initiativ till inkludering i projektet, via formell aktualisering och bedömning av olika yrkesgrupper och myndigheter, till gemensam insatsplan har således varit mer tidsödande än vad som ursprungligen planerats. En rad faktorer har betydelse för denna fördröjning av bedömningsarbetet. Viktiga aspekter inkluderar resursbrist på vårdcentralen, väntetider för konsultationer och svårigheter för personalen att finna gemensamma tider för team-möten. Patienter som aktualiserats i projektet har fått lika tillgång till behandling, bemötande och tider för besök som övriga patienter på vårdcentralen. Det har varit relativt lätt att ordna "mini-team" runt och med patienten. Mer formella teamträffar har varit svåra att organisera dels på grund av omflyttningar, kuratorsbrist, den ständiga underbemanningen och byte av läkartjänsterna (se nedan), vilket gjort att tidsramar som uppsatts inte kunnat hållas. Flera patienter har vid aktualisering rapporterat om psykosociala problem och blivit besvikna då de inte kunnat få tider till psykolog och kurator utan väntetid. Det har även påtalats från några patienter att de har tagits in i projektet, svarar på utvärderingsfrågorna men att det sen

"inte varit någon som brytt sig". Bemanningssituationen vid vårdcentralen har betytt att patienter hänvisats till olika läkare vid olika tillfällen och därmed har kontinuiteten ofta varit dålig. Då patienten behöver hänvisas till specialistvård/undersökning har det på grund av rådande omständigheter (t.ex. har ortopedkonsult ett års väntetid) uppstått problem med tillfrisknandets framåtskridande.

Dessa och övriga faktorer som hänger samman med personalens och organisationens förutsättningar att driva ett effektivt projektarbete diskuteras ytterligare nedan.

Dessa problem till trots, bedöms deltagarna ha fått tillgång till en kvalificerad tvärprofessionell bedömning som varit mer omfattande och gjorts snabbare än som var fallet för denna typ av patienter innan projektet startades.

Ingen statistik över bedömningsprocessen för perioden innan projektet föreligger emellertid och denna bedömning är därför baserad på projektmedarbetarna upplevelse av förändringar av bedömningsprocessen.

Genom teamträffar, framförallt miniteam har problem uppmärksammats, det kan gälla kontakt med socialförvaltningen, kontakt med dietist, alkohilmottagning osv. och patienten har kunnat etablera kontakt med övriga Deltaprojekt. Aktuella sådana projekt har varit Sanna, Unga vuxna, Integrationscenter för kvinnor mm. Patienterna har snabbt kommit i kontakt med sjukgymnastik och arbetsterapeut och till dessa har det inte uppstått långa väntetider. Många har fått tillgång till rehabilitering med "Basal kroppskännedom" både individuellt och genom gruppdeltagande.

5.1.3 Effekter

Av de som utvärderats hittills har endast 11 avslutats i projektet. Fem av dessa har avslutats p.g.a. att de avböjt fortsatt deltagande och endast 3 har avslutats p.g.a. av att insatssplanen bedömts vara fullgjord. Denna utvärdering beskriver således främst personer som fortfarande deltar i projektet och det är för tidigt att ge en komplett redovisning av såväl de insatser som deltagarna tagit del av, dels resultatet av dessa insatser. Den grupp som är avslutad är ett icke representativt urval av personer som i stor omfattning valt att sluta innan insatserna avslutats och slutsatser baserade på endast denna lilla grupp kan därför vara missvisande.

Vid 6 månaders uppföljning hade medeltalet för EuroQol-index ökat från 0,28 till 0,32. Termometervärdet hade ökat från 29 till 45. Vid 6 månaders uppföljningen upplevde 44% sitt hälsotillstånd som bättre än det hade varit X månader tidigare, 32% upplevde sitt hälsotillstånd som oförändrat och 24% som sämre. Enligt projektmedarbetarna bedömning hade efter 6 månader 15% av deltagarna förbättrats mycket vad gäller det/de problem/besvär som var orsak till aktualisering. 45% hade förbättrats något, 30% var oförändrade, 7% hade försämrats något och ingen hade försämrats mycket.

Vid aktualiseringen var 80% sjukskrivna. Vid 6-månadersuppföljningen var 45% sjukskrivna. Av de som var långtidssjukskrivna vid aktualiseringen var hälften ej sjukskrivna vid 6-månadersuppföljningen. Vid 6-månadersuppföljningen hade fördelningen vad gäller huvudsaklig sysselsättning förändrats följande sätt: såväl andelen med arbete som andelen arbetslösa hade minskat (från 41% till 33% respektive från 57% till 47%) medan andelen studerande eller i arbetsmarknadspolitisk eller annan åtgärd hade ökat från 0% till 20%.

47% av deltagarna var mycket nöjda med de insatser de erhållit, 39% var ganska nöjda, 9% var ganska missnöjda och 5% var mycket missnöjda.

På grund av litet material har analyser av olika delar av patientgruppen ej gjorts och sambandsanalyser för att se på samband mellan bakgrundsfaktorer och utfall respektive samband mellan olika typer av utfall har ej gjorts.

Förändringen på gruppnivå vad gäller självupplevd hälsa enligt EuroQol (som mäter hälsorelaterad livskvalitet) var moderat och endast 15% upplevde att hälsan förbättrats mycket. Trots detta bedömde personalen att 75% hade förbättrats mycket eller något och 86% av deltagarna var nöjda eller mycket nöjda med insatserna. Samtidigt minskade andelen sjukskrivna och hälften av de som var långtidssjukskrivna var ej sjukskrivna efter 6 månader. Det är svårt att tolka dessa tendenser i det begränsade materialet. En möjlig förklaring till diskrepansen mellan å ena sidan ringa förändring i EuroQol index och å andra sidan gynnsam utveckling av en del övriga indikatorer, är att insatserna varit framgångsrika framför allt vad gäller att bedöma individernas behov, sätta upp rimliga målsättningar och finna gemensamma strategier vad gäller rehabiliteringen och skapa god samverkan kring bedömning och rehabilitering. En insats som innebär att de samverkande aktörerna finner gemensamma och rimliga mål och arbetar gemensamt mot dessa kan (utan att väsentligen förbättra funktionsförmågan för patienterna) ha resulterat dels i att deltagarna känner att de blivit väl omhändertagna, dels till att man kan uppnå rehabilitering tillbaka till arbete genom att förändra förväntningar och krav vad gäller arbetsförmåga från såväl deltagaren, projektmedarbetarna och arbetsgivare.

I beaktande av att projektet i Biskopsgården pågår utan för ändamålet specifika team (alla förväntas arbeta med samverkanstanken) har det för patienterna inneburit att det inte blivit någon märkbar förändring då det gäller tillgång till läkartider eller tillgång till rehabiliteringsläkare. Däremot verkar samverkanstanken ha slagit väl ut, det har varit lätt att "pratas" vid i miniteam och patienterna har ofta uttryckt sitt gillande över den hjälp de fått genom detta. Patienterna har tydligt visat uppskattning för den behandling de fått genom att olika professioner med lätthet kan kontakta varandra och patienten med aktuellt om patientens rehabilitering. Patienterna har snabbt fått tider till sjukgymnastik och arbetsterapeut. Individuell men framförallt grupper med "Basal kroppskännedom" har fått en god respons från patienter och det har kunnat beredas tid utan långa väntetider. Tillgång till psykolog (inga Deltaresurser) och kurator har varit alltför snäv med långa väntetider som följd.

5.2. Personal, organisation och stödsystem

5.2.1. Förutsättningarna och processen

Bemanningsproblem

Projektet har präglats av hög personalomsättning på samtliga nivåer från projektansvarig, projektledare, projektsamordnare och projektmedarbetare. Detta har inneburit bristande kontinuitet och upprepade perioder då projektet mer eller mindre startat om. Det har också utgjort ett stort hinder för att få igång en god samverkan mellan myndigheter. En ständig underbemanning, framför allt på läkarsidan, har tvingat fram lösningar som inte främjat ett gott samarbete.

Inom projektet ska finnas 0,5 projektledare, 1 kurator, 2 distriktsläkare, 1,5 sekreterare, 2 mottagningssköterskor, 2 sjukgymnaster, 1 arbetsterapeut, 1,25 sekreterare.

För samtliga medarbetare vid vårdcentralen, se bilaga 1.

Verksamhetschefen vid vårdcentralen har 0.5 tjänst som projektledare. Verksamhetschefen har emellertid ett totalansvar för hela verksamheten vid vårdcentralen (40 tjänster fördelat på 49 personer) inklusive Deltaprojekt, personal, organisation, ekonomi, arbetsmiljö, personalutveckling och administration. I praktiken har detta inneburit begränsad tid för direkt involvering i projektet för projektledaren. I stället har kuratorn fått en samordnande roll för projektet, i vilken ingår planering, information, uppföljning, deltagande i projektledarmöten, utvärdering mm. Detta har i sin tur inneburit att kuratorn haft begränsad tid för kuratorsinsatser. Arbetsterapeuten har sedan slutet av hösten -01 bidragit med hjälp i samordningsfunktionen.

Det tog lång tid innan den projektsamordnande kuratorstjänsten tillsattes, från planerad start till våren 1998 till april 1999. Denne var på tjänsten endast en kort tid och därefter kom en ny period då projektet stod utan projektledare och projektsamordnare fram till april 2000.

Vid vårdcentralen har i medeltal funnits ca 4 läkartjänster under projektperioden. De två tjänster som skulle finansieras med Delta medel har alltså utgjort ungefär hälften av läkarbemanningen på vårdcentralen. Med den stora belastning som förelegat på vårdcentralen har det ej varit praktiskt möjligt att låta hälften av läkartjänsterna användas till projektspecifikt arbete. Bemanningföretag har vid flertal tillfälle anlåtats vad gäller läkare, vilket i sin tur lett till svårigheter med team-arbetet. Deltaarbetet har också försvårats genom att några läkare arbetar vid vårdcentralen del av veckor och därmed inte finns tillhands vid särskilt avsatta tider .

Till vårdcentralen finns knuten en psykolog 25 h/v anställd av psykologenheten, med uppgift att täcka ett större område än vårdcentralen, denne har trots detta kunnat finnas till hands för några Deltapatienter med svår psykisk ohälsa. Professioner med psykosocial kompetens har saknats under den större delen av projektiden, psykologtimmar har varit alldeles för få, detta har orsakat "flaskhalsar" då utvärderings- och samverkanspatienter varit i behov av samtalstid. Kuratorn har som nämnts pålagts ytterligare uppgifter med projektledarskap vilket inneburit minskad tid för patienterna som ofta är i stort behov av åtgärder i beaktande av en svår psykosocial problematik.

Arbetsterapeuten har sin arbetsplats belägen vid två ställen dels vid vårdcentralen och dels vid Distriktrehabiliteringen på Vårvåderstorget. I arbetsterapeuten uppgifter ingår sedan 00-04-03 att vid sidan av projektledaren bistå med viss tid för samordning och utvärdering. Organisation av ansvarsfördelning har tagit tid, först i oktober månad sanktionerades att arbetsterapeuten fick avsätta en dag per vecka för utvärdering och samordningsuppgifter.

Skiftande målsättning

Under 1999 ändrades delvis projektets målsättning och målgrupp. Projektansvarig och styrgrupp spelade här en viktig roll framför allt vad gäller att definiera målsättning och arbetssätt. Det slogs bland annat fast att projektet skulle ha som mål att verka för ett förnyat arbetssätt inte bara för specifika patientgrupper utan för alla patienter som besöker vårdcentralen. Alla skulle få del av det nya synsätt som skulle utvecklas i projektet och alla patienter med behov av samordnade insatser skulle få tillgång till samordnad rehabilitering

mellan de yrkesgrupper som anställts på Delta medel. I praktiken innebar detta att projektmedarbetare anställda på projektmedel samt anställda som indirekt var delvis finansierade med Delta medel kom att ägna "Delta-tid" till sjukvårdsinsatser för personer som inte motsvarade den ursprungliga målgruppen för projektet. Tanken bakom den delvis nya målsättningen var att Delta projektet skulle fungera som katalysator för en förnyelse och förbättring av hela vårdcentralens arbetssätt. Detta har förmodligen lyckats i viss utsträckning. Å andra sidan har det inneburit att de målgrupper som projektet ursprungligen var planerat för har fått mindre resurser än vad som ursprungligen var tänkt.

Samspel mellan projektets olika styrnivåer och stödsystem

Projektets styrning sker via ett flertal olika nivåer: projektansvarig, styrgrupp, lokala deltaggruppen, projektledare och projektsamordnare. Samspelet mellan dessa nivåer och dess inbördes roller och ansvarsfördelning har inte alltid varit klar. Därutöver har omsättning av personer på flera av dessa nivåer varit hög.

Styrgruppens ansvarsområde är att skapa förutsättningar för projektets fortlevnad genom att ordna lokalmässigt, personalresurser och utse vilka kompetenser som behövs samt ordna för chefskapet, skapa tillfälle till möten och seminarium. Man tillsatte en grupp med representanter från olika myndigheter som ska arbeta på lokala planen genom att ta med idéer och visioner från respektive hemmaorganisationer, denna fick arbetsnamnet Lokala Deltaggruppen.

För arbetsledning (Styrgrupp) har ovan beskrivna situation med ombyggnad och personalresurser utgjort samma problem som för personalen. I ledningsfunktionerna är det också ett stort hinder att endast ett fåtal varit med från projektstart. Vid Primärvårdsområdet Biskopsgården har chefer avlöst varandra. Vare sig projektansvarig eller tillika projektledare har varit med då projektplanen skrevs.

Att "ärva" projekt både genom andra och tredje led har inneburit att både bryta upp och sätta igång. Kommunikationen mellan olika led har gnisslat och inte flödat på det sätt som varit önskvärt. Styrgruppen har ibland upplevt att Lokala Deltaggruppen inte brytt sig om styrgruppens rekommendationer. De lokalmässiga förhållandena har varit usla och projektet var dåligt grundlagt inom de olika organisationerna. Tanken med finansiell samordning var ej förankrad hos alla och det blev svårt att tala om gemensamma mål. Man har inte sett att det fanns behov av arbetsledning, utöver vad som fanns i ordinarie verksamhet, projektets omfattning uppmärksammades inte.

Otydlig projektledning, tröghet i systemen, övertagande av planer som andra personer har tänkt till om och sedan lämnat har skapat stora svårigheter. Man har från organisation och stödsystem inte tillräckligt uppmärksammat det stora behovet av ständig påfyllning av information och metodutveckling. Introduktion till nyanställd personal har brustit, personal har kommit och slutat. Man har i stödsystemen inte uppmärksammat att ett projekt av denna dignitet är i behov av en för ändamålet särskilt utvald projektledare, vilket gjort projektet sårbart.

Förankring och information

Man har med anledning av Deltaprojektet ordnat möten och seminarier vid uppstart 1998 och i början av år 1999, för att nå ut med intentioner, arbetsmetodik och mål för implementering av Deltatanken. I februari samt mars år 2000 hölls möten med personal och styrgrupp där Deltas arbetssätt behandlades som en punkt på programmet.

Trots detta har det redan från projektets start och fortgående funnits tecken på bristande förankring av projektidén. Projektansökan för projektet skrevs på kort tid efter initiativ från den lokala Deltagruppen och dåvarande projektansvarig. Tiden från projektidé till beviljande av Delta-medel var kort och få i personalgruppen hade varit involverade i att utveckla och bearbeta projektförslaget.

De två projektsamordnare som varit anställda sedan projektet startade har haft ett tydligt uppdrag att arbeta i projektet. Sjukgymnast och arbetsterapeut har varit knutna till projektet och de som anställts i dessa tjänster har också haft ett tydligt uppdrag att arbeta med projektpatienter. Däremot har läkare och mottagningssköterskor i ringa omfattning haft ett tydligt uppdrag vad gäller insatser i projektet och det har för många personer anställda på vårdcentralen varit oklart om de "tillhör" projektet eller ej. Därmed har det också varit oklart för många om information gällande projektet har varit relevant för dem.

Kontinuerliga diskussioner / möten om projektets struktur, fortskridande, problem och framtid har varit mycket sparsamma för de personer som arbetat direkt eller indirekt i projektet. Diskussioner har i första hand förts på styrgruppsnivå och i den lokala Deltagruppen. Det har framkommit tydliga indikationer på att personalen på vårdcentralen som förväntas arbeta med projektet ej känt att de varit tillräckligt informerade om projektet. Bland annat framgick detta av en enkätundersökning till personalen utförd av studenter från Handelshögskolan hösten 2000 (Bernhardsson m.fl. 2000) att hälften av personal inte upplevt att de fått tillräckligt med information om projektet.

Upplevelsen av bristande information hänger samman med ett flertal faktorer. För det första har som nämnts personalomsättningen varit hög och det har varit en utmaning att kontinuerligt introducera ny personal i projektet. För det andra har informationen sannolikt inte "tagits in" av personer som inte känt sig direkt delaktiga i projektet. Ej heller har dessa personer aktivt sökt information om projektet för att få en bättre förståelse av projektets innebörd. För det tredje har forum för informationsutbyte saknats. Information till vårdcentralens anställda har i stor omfattning varit skriftlig (informationsblad) medan tvåvägskommunikation och diskussion saknats utöver det som skett informellt i samband med gemensam handläggning av rehabiliteringsärenden.

Sammantaget har detta lett till ringa känsla av delaktighet i projektet för många projektmedarbetare. Ett flertal läkare har upplevt att de "skickat patienter till projektet och sedan inte fått information om vad som händer med patienten" vilket sannolikt speglar en känsla av utanförskap gentemot projektet. Man kan således skönja en bristande förankring av projektet. Sådana brister kan i sin tur ligga bakom passivitet vad gäller projektets genomförande och utveckling. I stället för en känsla av projektet som möjlighet för förnyelse har det funnits tecken på en uppfattning att projektet är ett ytterligare belastande moment i en redan hårt belastad arbetssituation.

Otydliga prioriteringar i en bister klinisk vardag

Deltaprojektet kan betraktas som ett led i ett allmänt utvecklingsarbete i strävan mot bättre vårdkvalitet, högre effektivitet och mer rationella prioriteringar av tillgängliga resurser. För att kunna bedriva utvecklingsarbete behövs tydliga direktiv om vilka andra delar av den dagliga verksamheten som skall minska i omfattning. Delta-projektet har inneburit ökade resurser till vårdcentralen. Samtidigt bedrivs vårdcentralens arbete i en kontext av generell resursbrist i kombination med i princip omätliga vårdbehov. På vårdcentralen är, med eller utan Delta-medel, prioriteringar en naturlig del av den dagliga verksamheten. Att bedriva utvecklingsarbete betyder att en ytterligare prioriteringsdimension tillförs och från vårdpersonalens sida innebär prioritering av utvecklingsarbete att tiden för direkta vårdinsatser minskar. Detta är ett stort dilemma för vårdpersonalen.

När det saknas tydliga direktiv för prioritering faller det på vårdpersonalen att göra individuella prioriteringar som i många stycken ej är förenliga med hälso- och sjukvårdslagen (allas rätt att erhålla den vård de har behov av). När det råder stor resursbrist och stor efterfrågan blir följden att vårdpersonalen måste prioritera bort även åtgärder för människor som har tydliga behov och där de potentiella följderna av att inte tillfredsställa dessa behov är allvarliga. Specialistvården har under flera år överlåtit ett allt större del av sin verksamhet till primärvården och denna utveckling har delvis varit politiskt styrd (t.ex. psykiatrireformen). Primärvården kan inte hänvisa till andra vårdsektorer sådana patientgrupper eller problemområden som är i behov av primära vårdinsatser. Primärvården prioriteringar leder ofta till att patienter inte får tillgång till vård över huvud taget. Denna situation kan vara djupt konfliktfylld och ofta förenad med en känsla av otillräcklighet. Eftersom det medicinska ansvaret vilar på den som gör prioriteringarna är det ofta svårt eller omöjligt att göra sådana prioriteringar som skulle vara nödvändiga för att skapa tid för utvecklingsarbete. Resultatet blir att tid tänkt för projektarbete tas i anspråk för sedvanligt patientarbete och således att projektmedel används för andra vårdinsatser än vad de varit tänkta för.

Möjligheten till utvecklingsarbetet av den typ som Deltaprojektet innebär behöver kopplas till en diskussion om lokala prioriteringsdirektiv där primärvårdsledningen och politiker i samråd med vårdpersonalen bör utarbeta en tydlig policy för hur prioriteringar skall göras. När projektmedel tillförs en verksamhet som är hårt pressad behövs särskilt tydliga riktlinjer om hur medlen skall användas.

Tvärprofessionell samverkan

Den samverkansmodell som anammats har, när den fungerat, varit lyckad för att inte säga mycket lyckad. Det har varit lätt att kontakta varandra, man har kunnat diskutera olika problem runt patienten och därmed kommit till ett snabbare resultat. Bland personalen uppfattas att man har ett gott tvärfackligt samarbete och man berömmar systemet med många professioner tillsammans där man kan utnyttja varandras kunskaper och erfarenheter. Det som hela tiden framhålles som en nackdel är bristen på tid.

Samarbetet har lett till ökad förståelse av respektive yrkesgrupp och myndigheters uppdrag och kompetensområde. Möjligheten att arbeta i tvärprofessionella team i stället för att enskilt driva bedömnings och rehabiliteringsarbete har ofta upplevts som en avlastning och därmed lett till minskad känsla av otillräcklighet. Den uppgivenhet och känsla av tillkortakommande som annars är vanlig när man som ensam aktör försöker hjälpa individer med komplex och sammansatt problematik har minskat.

Däremot har avsaknad av Försäkringskassan på plats på vårdcentralen inneburit mindre goda förutsättningar att skapa samsyn mellan FK och de på vårdcentralen placerade projektmedarbetarna. Detta har också inneburit svårigheter att få tag i rätt tjänsteman för rätt patient inom avsedd tid. Samma problem har funnits inom samverkan med Socialtjänsten trots att de finns inom samma byggnad som vårdcentralen. AMI har varit fullt upptagna av sin egen omorganisation och endast delvis varit tillgängliga.

5.2.2. Effekter

Deltaprojektet för tidig och samordnad rehabilitering har i viss mån blivit en ersättning för bristande resurser av vårdcentralens grundbemanning. Problemen i området med hög ohälsa hos befolkningen har gjort att en del av resurserna slukats av de stora behoven. Ändå säger flertalet av personalen, vid rundfrågning för denna rapport, att arbetssättet känns riktigt och att det är med samverkan på detta sätt man måste arbeta. Samverkan har enligt de flesta svar, från personalen, upplevts som stimulerande och riktigt. Flera påpekar dock att tiden för strukturering av arbetsmetod och uppföljning är alldeles för liten. Med tanke på den stora personalomsättningen så är det förståeligt, om en del inte är insatta i projektet. En tydlig och klar genomgång vid nyanställningar saknas och tid för att dels själv sätta sig in i arbetssättet och dels för redan verksamma att ge tid till nyanställda är alldeles för liten. Endast ett fåtal av personalen har varit med från starten vilket innebär att den information som faktiskt har gått ut inte är en allmän kunskap. Samordning tar tid och den tiden måste avsättas genom arbetsledning. Samarbete på bred front, med all personal involverad kräver tid, struktur och ständig påfyllning av information och utveckling av metod.

Utan tvekan har det tvärprofessionella samarbetet inom projektets ramar haft ett flertal positiva effekter på personalen. En möjlig effekt av detta är att personalen känner en större tillförsikt inför uppgiften att ta sig an komplicerade rehabiliteringsärenden. Eftersom denna typ av problematik utgör en väsentlig och ”tung” del av vårdcentralens arbete har en sådan effekt sannolikt positiva återverkningar på personalens sammantagna syn på arbetssituationen på vårdcentralen.

Det finns en uppfattning bland personalen att det tvärprofessionella arbetssättet som utvecklats i projektet är berikande och bidrar till kompetenshöjning bland personalen såväl som ökad kvalitet och effektivitet i bedömnings- och rehabiliteringsarbetet. Den intension som funnits att låta projektet influera arbetssättet i stort på vårdcentralen har också lett till förnyat synsätt vad gäller framför allt tidigt omhändertagande av personer med rehabiliteringsbehov. Målsättningen att tidigt involvera relevant personal i ett ärende har allt mer blivit en naturlig del av vårdcentralens arbete.

T.ex. kan patienter via den så kallade ”slussen”, där mottagningssköterska eller DSK gör en initial bedömning direkt hänvisas till sjukgymnast eller kurator som i sin tur kan hänvisa vidare till läkare vid behov. En del av processen är att låta sjukgymnast eller kurator vara ansvarig för den initiala bedömningen, en roll som traditionellt varit läkarens. En effekt är således en viss förskjutning av rollfördelning i det initiala bedömnings och rehabiliteringsarbetet.

Den närhet som skapats mellan yrkesgrupperna på vårdcentralen gör att det blivit naturligt att konsultera varandra tidigt. Ett arbetssätt har utvecklats som upplevs som väsentligt effektivare och mer rationellt än det traditionella där konsultationer skett via remisser och skriftlig

informationsutbyte. Personalen upplever att ett frångående från det nu rådande arbetssättet skulle vara ett steg tillbaka, ett steg mot minskade möjligheter till effektiv rehabilitering och mot minskade möjligheter till kontinuerligt ömsesidigt lärande.

De hinder som ovan beskrivits har inneburit att processerna mot dessa positiva effekter försvårats och försenats. Detta i sin tur har inneburit att personalen ibland har misströstat och känt att priset varit högt för att åstadkomma en positiv utveckling av verksamheten. Erfarenheterna av att driva projekt och utvecklingsarbete är därmed inte odelat positivt och det är möjligt att personalens entusiasm inför eventuella framtida liknande insatser är begränsad.

6. Reflektioner/Slutsatser

6.1. Individens hälsa och samhällets vinst

Av flera skäl går det inte att med säkerhet uttala sig om vilka effekter projektet haft för deltagarnas hälsa respektive vilka effekter projektet haft på sjukskrivning och andra samhällsekonomiskt betydande parametrar. Ett skäl är att det saknas en lämpig jämförelsegrupp (en grupp som erhållit sedvanliga/traditionella insatser). Därmed kan vi inte uttala oss med bestämdhet om de noterade förändringarna t.ex. av upplevd hälsa och sjukskrivning som beror av de projektspecifika åtgärderna. Det har stått klart från början att någon kontrollgrupp ej skulle kunna användas för utvärdering. De tolkningar som i denna rapport gjorts av den beskrivande statistiken är därför starkt färgad av personalens upplevelser av skillnader mellan projektet och den konventionella arbetet innan projektet startades. Bedömningen är således i hög grad subjektiv. Emellertid pågår ett forskningsprojekt, där Biskopsgårdens vårdcentral liksom Kärra och Backa vårdcentral ingår. I ett senare skede kommer detta forskningsprojekt att kunna ge svar på hur effekter av vårdcentralsbaserad samverkan enligt Deltamodellen jämför sig med effekter av traditionell bedömning och rehabilitering vid fyra matchade kontrollvårdcentraler i Göteborg (Hultberg et al 1999).

Den sammanfattande bedömning utifrån hittills erhållna erfarenheter är emellertid att bedömnings- och rehabiliteringsstrategin som kommit att tillämpas i projektet har betydande fördelar jämfört med konventionella ansatser. Det finns mycket som tyder på att samverkan enligt den modell som testats är gynnsam för åstadkomma effektiv bedömning och rehabilitering. Frågan är inte så mycket om samverkan är effektiv, utan hur sådan samverkan på bästa sätt etableras.

6.2. Hinder

Projektet har inte gått så bra som man hoppats. Trots flera omstarter har man ännu inte funnit optimala samverkansrutiner. Ett antal faktorer har gjort att projektet inte till fullo genomförts som planerats. Flera faktorer har varit "externa" och bortom projektets kontroll, så som den pressade situation för primärvården med resursbrist, stor personalomsättning och hög belastning, samt rent praktiska problem som omfattande ombyggnation av vårdcentralen. Konjunkturförändringar med minskande arbetslöshet och stigande förekomst av arbetsrelaterad ohälsa och arbetsrelaterad funktionsnedsättning har ökat trycket på

primärvården. Bristande vägledning vad gäller prioriteringar av tillgängliga resurser är ytterligare en extern faktor.

Det finns emellertid även en rad "interna" faktorer som varit ogynnsamma. Dessa faktorer, vilka projektet får ta direkt ansvar för, är relaterade till framför allt otydlig styrning, bristande förankring och stimulans av delaktighet i projektet, otydlig information samt avsaknad av forum för diskussion om projektets utveckling. Största missen kan ha varit att man inte tagit tid att analysera vad som gått snett och planera för att förhindra att göra om samma misstag. Frågor om målgrupp, respekt för uppbyggd arbetsstruktur, tidsåtgång för arbetet och uppföljning av utvärderingspatienter har diskuterats för lite. För lite tid har tagits i anspråk för mål och visioner.

Däremot har den samverkan som genomförts upplevts som mycket lyckad. Bland personalen uppfattas att man har ett gott tvärfackligt samarbete och man berömmar systemet med många professioner tillsammans där man kan utnyttja varandras kunskaper och erfarenheter. Det är svårt att se att man i framtiden skulle kunna frånga den samverkansfilosofi som etablerats.

6.3. Vägen över hindren

En slutsats i detta projekt är att det är en komplex uppgift att etablera väl fungerande samverkan; en uppgift som kräver god planering och uppföljning. Baserat på erfarenheterna i detta projekt kan man identifiera ett antal kritiska komponenter i utvecklingsarbete och processer för att skapa en god samverkansmiljö som behöver beaktas såväl i projektarbete som vid permanent implementering av nya samverkansstrukturer:

1. Det är väsentligt att i ett tidigt skede sträva efter största möjliga delaktighet på samtliga nivåer. Om man inte tydligt förankrar samverkansmodellen bland direkt och indirekt involverade individer och grupper är risken stor att det har negativ inverkan på viljan att delta och påverka utvecklingen av samverkansstrukturer. Bland de som inte aktivt deltar i processen, eller känner att de har möjlighet att påverka den, är det svårt att skapa legitimitet för samverkansmodellen och därmed svårt att ändra tidigare väletablerade arbetssätt och rutiner. Tid för metodutveckling är essentiell, t.ex. kan det vara fördelaktigt att ha fasta mötestider för diskussion och reflektion om samverkansmodellens utformning. Det är idag sällsynt, särskilt inom primärvården, med rutinmässiga inslag av utvecklingsarbete. Det är sannolikt en förutsättning för effektiv etablering av nya samverkansmodeller att förutsättningar skapas för att prioritera tid för sådant utvecklingsarbete.

2. Delaktighet i processen att utveckla samverkansmodeller behöver inte nödvändigtvis vara förenat med full delaktighet i samtliga delar av beslutsprocesser. Där centralt beslutade förändringar skall implementeras finns i vissa fall endast ett litet utrymme för flexibilitet. I dessa fall, där beslut kommer "uppifrån", är det särskilt viktigt att ge tydliga direktiv om de enskilda aktörernas roller och ansvar samtidigt som bakgrund och logik bakom besluten resenteras. Sådana direktiv behöver också ges parallellt med riktlinjer om prioriteringar som behöver göras mellan utvecklingsarbete, samverkan i rehabilitering och annan vård och behandling.

3. Det är riskabelt att implementera försöksverksamhet i den allmänna verksamheten i ett tidigt skede innan försöket har hunnit etableras och förankras. Det kan vara fördelaktigt även vid permanent implementering att fasa in förändringar vad gäller samverkansformer, t.ex. genom att till en början fokusera på specifika problemområden/målgrupper. Den erfarenhet som projektet har av för tidig allmän implementering på vårdcentralen kan således eventuellt generaliseras till en tänkt situation där finansiell samordning implementeras permanent i olika verksamheter.

6.4. Är finansiell samordning nödvändig?

Tillgång till finansiell samordning på basis av SOCSAM-lagstiftningen har varit en förutsättning för att driva detta projekt. Är det möjligt att implementera samverkan av detta slag permanent i verksamheten utan tillgång till medel från en gemensam samverkansbudget där hälso- och sjukvården, försäkringskassan och socialtjänsten anmodas bidra? Det är mycket svårt att svara på denna fråga på basis av detta enskilda projekts erfarenheter. Från ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är det uppenbart att det skulle bli svårt att skjuta till extra resurser för den här typen av aktiviteter med tanke på nuvarande resurssituation. Det finns dessutom stora presumtiva svårigheter med att på frivillig basis äska pengar från FK och socialtjänsten för enskilda insatser av detta slag eftersom de vinster som kan förväntas sällan är såväl direkta som tydliga sett från samtliga myndigheters perspektiv.

Det finns två långsiktiga perspektiv som är viktiga att beakta vid diskussioner om mål och medel för samverkan i rehabiliteringsarbete mellan olika myndigheter. Det första perspektivet handlar om den generella utvecklingen av välfärdssystemen. För att systemen skall kunna förbättras behövs såväl innovativ försöksverksamhet som tålmodiga kontinuerliga justeringar av nya modeller. Misslyckanden är här att betrakta som en naturlig del av processen och potentiella vinster skall förväntas först på lång sikt. Det andra är det långsiktiga primär- och sekundärpreventiva perspektivet. Insatser av det slag som erbjudits i detta projekt tar delvis sikte på effekter för individ och samhälle som ligger långt fram i tiden, mycket längre än SOCSAMs försökstid och tiden för utvärdering av insatserna. Båda perspektiven är som sagt långsiktiga. För att båda dessa perspektiv skall kunna beaktas behöver man således skapa förutsättningar för att diskutera de samverkande aktörernas gemensamma vinster på lång sikt utan att hamna i diskussioner om "vem som vinner mest" på kort sikt. En permanentning av SOCSAM-lagstiftningen skulle sannolikt skapa dessa förutsättningar.

Det skall samtidigt poängteras att detta projekt visar på risker med finansiell samordning av SOCSAM/Delta modell. Det råder ingen tvekan om att Försäkringskassan och Socialtjänsten via Deltafinansiering av projektet varit med och finansiera "sedvanlig" primärvård av ett slag som inte var en del av målsättningen med projektet. Detta faktum stärker slutsatsen att kontinuerlig uppföljning och värdering av hur resurserna används är nödvändigt inte bara i projektarbete utan även vid permanent implementering.

Referenslista

Beställarförbundet DELTA. BUDGET 2000 - Anvisningar för aktiviteter finansierade med DELTA-medel. DELTAs sekretariatet. Januari 2000.

DELTA-gruppen Biskopsgården. Projektansökan för tidigt och samordnat omhändertagande vid vårdcentralen i Biskopsgården

DELTA Biskopsgården, 1998-12-03

Foglin, M. Verksamhetsberättelse 1999 för Deltafinansierade aktiviteter vid vårdcentralen i Biskopsgården. Biskopsgårdens vårdcentral 2000-02-29

Foglin, M. Deltaprojekt vid vårdcentralen Biskopsgården inriktning under år 2000. Biskopsgårdens vårdcentral 2000-02-29

Lokala hälsorådet Biskopsgården. Hälsopolitiskt program för stadsdelen Biskopsgården. Januari 1998

Regeringens proposition 1993/94:205 Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso-och sjukvård och socialtjänst

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering av SOCSAM. Stockholm: RFV och Socialstyrelsen, 1999.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. SOCSAM visar vägen? Finansiell samordning 2000:1. Stockholm: RFV och Socialstyrelsen, 2000.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Utvärdering av SOCSAMs effekter - projektplan. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998

Svensk författningssamling 1998:1754 Lag om ändring i lagen (1994:566) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso-och sjukvård och socialtjänst

The EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208

Bilaga 1

Personalstat

Medarbetare inom vårdcentralsområde Biskopsgården

	Tjänster i stat	DELTA ans 1	DELTA ans 2	DELTA tillskott 2000	Ofin tjänster
Distr. läkare	3		2		
Gynekolog	1				
Läkar sekr.	1.5		1	0.5	
Sekr./usk gyn					
Usk	1				
Mott ssk	1		1	1	
Chef				0.5	0.5
Dsk	3				
BVS-ssk	2.5				1
BVC-bitr.	0.5				
Barnmorska	3.75				0.25
Sjukgym	4		2		
Sg-bitr					1
Arbeterap	1		1		
At-bitr.	1.3				
Sekr.	1		0.75		
Kurator		1			
Sekr.		0.5			
Fr.o.m. – 01					
Psykolog vux	1				
Psykolog mödra - och barnhälsovård	1				
Summa	26.55	1.5	7.75	2	2.75

Totalt: 40.55tjänster fördelat på 49 personer

Vårdcentralsområdet Biskopsgården är klart underdimensionerat vad gäller personalresurser. DELTA-projekt för tidig och samordnad rehabilitering kan och ska inte vara en ersättning för bristande resurser av vårdcentralens grundbemanning utan är ett komplement där resultat ska uppnås och redovisas.

Det efterfrågas från verksamheten en kortsiktig och en långsiktig strategi för utveckling, resurstilldelning och personalförsörjning.