



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



DELTA-projektet

Tidig och samordnad

rehabilitering i Kärra-Rödbo

Projektledare Lisette Bramwall

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 tvåfald, 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

sida

Inledning

Sammanfattning

1.	Bakgrund	6
2.	Målsättning med projektet	6
3.	Målsättning med utvärdering	8
4.	Metod för utvärderingen	8
5.	Resultat	10
5.1	Deltagarna/patienterna	10
5.1.1	Deltagarantal och profil	10
5.1.2	Bedömnings- och rehabiliteringsprocessen	12
5.1.3	Förändring av hälsostatus och sjukskrivning	13
5.1.4	Effekter för deltagaren	15
5.2.	Personalen och organisationen	18
5.2.1	Styrning, förankring och legitimitet	18
5.2.2	Rekrytering och bemanning	19
5.2.3	Processen i personalgruppen	19
5.2.4	Nya arbetssätt som utvecklats i projektet	19
5.2.5	Några nya lärdomar för personalen	20
5.2.6	Resursbrist och tidsbrist	21
6.	Reflektioner och slutsatser	21

Referenser	23
-------------------	-----------

Bilagor

Sammanfattning

Deltaprojektet i Kärra-Rödbo på Hisingen i Göteborg är ett samverkansprojekt mellan Primärvården, Socialtjänsten och Försäkringskassan och bygger på finansiell samverkan enligt SOCSAM lagstiftning. Projektets huvudsakliga målgrupp har varit personer 16 t.o.m. 64 år med besvär från rörelseorganen och/eller psykosomatiska problem.

Målsättningen har varit att genom ett tvärsektoriellt 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 yrkesgruppers och myndigheters kompetensområden och arbetssätt.

Utvärdering har skett med enkäter till deltagare/patienter i projektet, loggbok, genomgång av skriftlig projektdokumentation samt intervjuer av medarbetare och gruppdiskussion. Metodstöd har utgått från Socialmedicinska institutionen och resursperson från Deltaorganisationen.

Projektet innehåller olika delprojekt avseende såväl rehabilitering som förebyggande arbete. Det förebyggande arbetet och folkhälsoarbetet har bedrivits i samarbete mellan primärvården och socialtjänsten. Under projektets gång har det klart framgått att det förebyggande arbetet måste öka i framtiden för att undvika framtida hälsorisker.

För projektet har det varit avgörande att de olika aktörerna funnits i samma lokaler och haft regelbundna teammöten. Det har medfört att man snabbt kunnat få en helhetsbild av de sökande och därigenom kunnat åstadkomma en tidig och samordnad rehabilitering.

Utvärderingen tyder på att bedömnings- och rehabiliteringsstrategin som kommit att tillämpas i projektet har betydande fördelar jämfört med konventionella ansatser. och med resultat som hittills visat att kostnaderna för sjukskrivningar har ökat långsammare här än i områden, som inte har tidig och samordnad rehabilitering. Genom intervjuer och enkäter framgår det att de sökande uppskattar verksamheten vilket kan avläsas i ökad livskvalité.

Finansiell samverkan har varit en viktig förutsättning för att kunna testa en ny samverkansmodell. Den samverkan som genomförts har upplevts positivt och medarbetarna anser att detta arbetssätt ger möjlighet att göra ett bättre arbete genom att kunna utnyttja varandras kunskaper och erfarenheter. Det är svårt att se hur man i framtiden skulle kunna frånga den samverkansfilosofi som etablerats och de flesta medarbetarna kan inte tänka sig att gå tillbaka till det gamla sättet att arbeta.

1.Bakgrund

1.1 Problemområde

1997 gjorde FK en inventering av sjukskrivningsmönstret i området. Med utgångspunkt från dessa inventeringar identifierades några för Kärra-Rödbo specifika problem.

- Besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär.
- Ekonomiska problem
- Begynnande psykosocial problematik hos ungdomar i åldern 16 – 25 år.
- Tidigt alkoholmissbruk/överkonsumtion

Gemensam målsättning liksom samverkan saknades mellan Vårdcentralen, Socialkontoret, Försäkringskassan och AMI, vilket ledde till långa väntetider, långa handläggningstider och ineffektivitet i behandling och rehabilitering.

1.2 Projektets tillkomst

Under hösten 1996 påbörjades diskussioner mellan företrädare för vårdcentralen, socialkontoret, försäkringskassan, AMI och distriktsrehabilitering kring förutsättningar för samverkan. Man såg en möjlighet att genom finansiell samordning skapa förutsättningar för gemensamt rehabiliteringsarbete, som bedömdes minska kostnader och öka livskvalitén. Diskussionerna som initialt var trevande resulterade i ett antal olika projektansökningar till DELTA under 1997 som utmynnade i Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo och som riktar sig till i stadsdelen boende personer i arbetsför ålder 16 t.o.m. 64 år som ej uppbär pension.

2 Målsättning med projektet

2.1 målsättning

Genom ett tvärssektoriellt arbetssätt och en helhetssyn på patienten och hennes/hans sammanhängande problematik:

- Förhindra eller förkorta sjukskrivning
- Förhindra eller förkorta behov av försörjningsstöd eller andra ekonomiska bidrag.
- Förbättra deltagarnas livskvalité.

Nedan beskrivs de olika projekten med specifika målsättningar och de olika målgrupperna redovisas.

2.2. Tidig och samordnad rehabilitering

Projektbeskrivning: Projektet har med utgångspunkt från kartläggning av ohälsa och sjukskrivningsmönster, önskat realisera ett förändrat arbetssätt byggt på teamarbete med gemensamma bedömningar och tidigare lagda åtgärder. Målet har varit att arbetssättet skall leda till kortare behandlingsprocesser, kortare sjukskrivningstider och tidigare återgång i arbete. För den enskilde patienten var målsättningen kortare väntetider, tidigare tillfrisknande och minskat lidande. Inriktningen på teamarbete, utökat samarbete med andra vårdgivare samt konsultier leder förhoppningsvis dessutom till kompetenshöjning hos personalen och utveckling av metoder för diagnostisering och behandling.

Målgrupp: Personer med besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär. Rekrytering av deltagare sker via vårdcentralen, socialtjänsten, försäkringskassan och i viss mån AMI.

Arbetsätt: Team bestående av läkare, sjuksköterska, sekreterare, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut, socialsekreterare, försäkringskassehandläggare samt ortoped- och psykiaterkonsult. Genom samverkan till kvalificerade helhetsbedömningar försöker teamet finna de rätta behandlingsalternativen och rehabiliteringsvägarna. för deltagarna och alla ärenden tas upp på teamkonferens som äger rum varje vecka.

2.3 Hälsobefrämjande ekonomisk rådgivning

Målsättning: Att undvika framtida psykiska problem och värkproblematik sammanhängande med en besvärlig ekonomisk situation. Budgetcirklar och enskild ekonomisk rådgivning bedöms kunna ha en sjukdomsförebyggande effekt genom att minska stress- och spänningstillstånd.

Målgrupp: Personer med ekonomiska problem. Rekrytering av deltagare sker från vårdcentralen, socialkontoret, barnmorskans och socialsekreterarens uppsökande/utåtriktade verksamhet och från mottagningen för alkoholrådgivning.

Arbetsätt: Socialsekreterare/budgetrådgivare erbjuder ekonomisk rådgivning såväl individuellt som i grupp genom budgetcirklar.

2.4 Alkoholrådgivningsmottagning

Målsättning: Att hjälpa personer med hög alkoholkonsumtion till minskat bruk av alkohol.

Målgrupp: Personer med begynnande eller utvecklat alkoholmissbruk vilka har en socialt bevarad situation. Personer med svårare missbruk hänvisas till annan mottagning. Rekrytering av deltagare till mottagningen sker via vårdcentralen, socialkontoret, försäkringskassan och andra vårdgivare. Dessutom sker information i media.

Arbetsätt: Distriktssköterska och socialsekreterare samarbetar. En distriktsläkare på vårdcentralen fungerar som konsult. Deltagarna erbjuds samtal på kognitiv grund samt i förekommande fall medicinsk behandling. Utåtriktad alkoholinformation ges till olika föreningar i stadsdelen samt till allmänheten.

2.5 Utåtriktat ungdomsarbete och fördjupad mödrahälsovård.

Målsättning: Att hos unga personer samt hos blivande föräldrar förebygga ohälsa och framtida behov av försörjningsstöd.

Målgrupp: Unga personer företrädesvis 16-25 år gamla liksom blivande föräldrar som befinner sig i riskzonen att utveckla psykosocial problematik. Rekrytering av personer i denna målgrupp sker huvudsakligen i samarbete barnmorska och socialsekreterare liksom via barnmorskemottagningen i Kärra.

Arbetsätt: Barnmorska och skolkurator har tillsammans med lärare i årskurs åtta lektioner om relationer, sex och samlevnad. Utåtriktat ungdomsarbete sker på fritidsgårdar i pojk- respektive flickgrupper samt uppsökande verksamhet för funktionshindrade. Barnmorska och skolkurator medverkar i andra samverkansprojekt. Vattengymnastik erbjuds gravida i Kärra Simhall för att förebygga besvär i rygg och bäcken. Verksamheten leds av barnmorska. Fördjupad föräldrautbildning ges av barnmorska, socialsekreterare och präst där föräldraparen erbjuds en mer omfattande föräldrautbildning än den traditionella. De blivande föräldrarna erbjuds utökat antal barnmorsketimmar samt socionomtimmar genom Deltaprojektet. Individuell hälsoplanering med uppföljning sker i samverkan mellan MVC och BVC av mödrar/barn med ökat behov av stöd och som bedöms ha en ökad risk att utveckla psykosociala problem.

3 Målsättning med utvärderingen

Den här rapporten gäller främst utvärdering av teamarbetet med tidig och samordnad rehabilitering (se 2.2 ovan). Några aspekter av andra delar av projektet tas också upp i rapporten. Utvärderingen syftar till att undersöka:

- Om den samverkansmodell som planerats har kommit till stånd och om den fungerar på ett tillfredsställande och effektivt sätt.
- Om arbetssättet i DELTA lett till en förändrad/förbättrad samverkan mellan de olika ingående förvaltningarna.
- Hur personalens syn på samverkan i bedömning och rehabilitering samt på andra medverkande aktörer har ändrats under projektiden.
- Vilka hinder har funnits för att etablera den planerade samverkansmodellen och hur har man övervunnit sådana hinder.
- Antal och karaktäristika vad gäller patienter/deltagare i projektet.
- Vilka insatser deltagarna har fått i projektet.
- Förändringar och effekter för patienterna/deltagarna (6 månader efter aktualisering i projektet) vad gäller upplevd hälsa, sjukskrivning och sysselsättning.

4 Metod för utvärderingen

Ansats och uppläggning

Till beviljandet av DELTA-medel fogades ett uppdrag att göra en utvärdering av den egna verksamheten i projektet. Självutvärdering har tillämpats i den bemärkelse att projektmedarbetarna har varit ansvariga för att:

1) utarbeta en plan för utvärderingen, 2) konstruera lämpliga mätinstrument, 3) samla in, analysera och redovisa data.. Knut Lönnroth vid avdelningen för socialmedicin, Göteborgs Universitet har tillsammans med Cecilia Abrahamsson, resursperson inom DELTA, bistått med metodstöd. I övrigt har DELTAs nätverk för utvärderingsfrågor tagit 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 och av Professor Peter Alleback vid avdelningen för Socialmedicin, som gav synpunkter på innehåll, metoder samt rapportens utformning. I slutskedet av sammanställningen av denna rapport har dessutom prefekt Kristin Falk vid Institutionen för Vårdvetenskap Göteborgs Universitet anlitats som extern bedömare för granskning av 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 rapporter och årsredovisningar har granskats jämte tidigare studier som visar på projektets förväntat resultat

Uppföljande enkätundersökning.

Samtliga individer i målgrupp 2.2. som aktualiserats i projektet har fått besvara frågor i en enkät vid tidpunkt 0, efter 6 och 12 månader samt vid tidpunkten då individen avslutar deltagande i projektet. Utöver frågor till individen, innehåller enkäten även information om kontakter som fylls i av projektmedarbetare samt information som inhämtats från datoriserade

register gällande olika försörjningsformer. 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 DELTA-projekten (Biskopsgården, Backa och Kärra-Rödbo) i samarbete med avdelningen för Socialmedicin, Göteborgs Universitet. En pilotstudie med enkäten gjordes på Backa vårdcentral våren 1999 och därefter har mindre revideringar av enkäten gjorts löpande. Personer som redovisas i denna rapport är de som följts upp åtminstone vid ett tillfälle. Det innebär att redovisningen gäller personer som aktualiserats t.o.m. juni 2000. Data har analyserats i SPSS.

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)¹ vid start, efter 6 och 12 månader samt vid avslutning.
- Offentlig försörjning (bl.a. sjukpenning, socialbidrag och arbetslöshetskassa) vid start, 6 och 12 månaders uppföljning samt vid avslutning. Ett formulär utvecklat av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket², har använts för detta ändamål och uppgifterna är baserade på registerdata.
- Sjukskrivning (förekomst, varaktighet och omfattning) vid samtliga mättillfällen. Denna information är baserade på registeruppgifter.
- Individens sysselsättning vid samtliga mättillfällen.
- Löpande rapportering av vilka kontakter individen haft med olika yrkesgrupper under projektiden
- Personalens bedömning av insatsernas effekt på hälsa och funktionsförmåga samt individens upplevelse av insatsernas värde (vid samtliga uppföljningsmätningar).

”Loggbok”:

Projektledaren har kontinuerligt dokumenterat de aktiviteter inom projektet som inte är relaterade till patientarbete. Planeringsträffar, seminarieverksamhet, utbildningar, studiebesök och utåtriktade informationsaktiviteter m.m. har dokumenterats. Bemanningssituationen inom projektet har också följts upp.

”Dagbok”:

I den ursprungliga utvärderingsplanen ingick att medarbetarna kontinuerligt skulle reflektera kring projektets genomförande och skriva ner dessa reflektioner i en projektdagbok. Av olika anledningar (framförallt tidsbrist) har dagboken ej använts. Istället baseras analyser och slutsatser vad gäller frågor kring processer i stor utsträckning på reflektioner av projektmedarbetarna. Som stöd i denna analys har nedan angivna informationskällor använts:

Protokoll från möten inom projekten samt styrgruppsmöten:

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

¹The EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16:199-208

² Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket. Utvärdering av SOCSAMs effekter-projektplan. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998)

Gruppdiskussioner och individuella intervjuer med nyckelpersoner inom projektet:

Dessa har lagts upp som både formella och informella diskussioner och intervjuer där anteckningar har förts. Extern assistans har givits av avdelningen för Socialmedicin för vissa av dessa aktiviteter med bl.a. två formella fokusgruppsdiskussioner med Knut Lönnroth som moderator och som också bidragit med analys av data.

5. Resultat

5.1. Deltagarna / patienterna

5.1.1 Deltagarantal och profil

Under perioden mars 1999 t.o.m. juni 2000 har 184 patienter från målgrupp 2.2. aktualiserats i projektet. Redovisningen i denna rapport gäller de som aktualiserats från mars 1999 till och med juni 2000, vilket omfattar deltagare som följts upp vid minst ett tillfälle. Av de 184 personer som deltog i projektet deltog 166 personer (90%) i utvärderingen. Av de 18 personer som inte deltagit i utvärderingen avböjde fyra personer deltagande. För fem personer har personalen glömt att göra mätning. nio personer har det inte varit möjligt att få kontakt med för uppföljande mätningar. Av de 166 som redovisas i denna rapport är 94 avslutade ärenden. Vissa av analyserna nedan gäller endast de som avslutats. Av de 166 har samtliga följts upp efter 6 månader och 64 har hittills följts upp efter 12 månader.

Tabell 1 och 2 visar deltagarprofilen vid aktualiseringstillfället

Tabell 1. Allmänna bakgrundsfaktorer vid aktualiseringen.

	Procent n:166		Procent
Kön		Härkomst	
Kvinnor	69%	Född i Sverige	87%
Män	31%	Ej född i Sverige	13%
Ålder		Sysselsättning	
16-25	7%	Arbete	79%
26-35	29%	Studier	1%
36-45	8%	Arbetslös	14%
46-55	27%	Arbetsmarknadpol. Åtg.	1%
56-65	8%	Annan	5%
Familjesituation		Högsta utbildning	
Ensamboende	17%	Mindre än grundskola	10%
Ensamboende med barn	13%	Grundskola, 9 år	21%
Samboende	25%	Gymnasium, <3år	27%
Samboende med barn	45%	Gymnasium, 3-4 år	24%
Annan	0%	Högskola	11%
		Yrkesskola	8%

Tabell 2. Ohälsa vid aktualiseringen.

	Procent		Procent / medelvärde
Huvudorsak till insats		Generell hälsa	
Fysiska besvär	67%	EuroQol index, medelvärde	0.42
Psykiska besvär	25%		
Fysiska och psykiska besvär	7%		46
Missbruksproblem	1%	Termometervärde, medelvärde	
Psykosociala problem		Sjukskrivning	
Inga angivna	64%	Sjukpenningplacerad	98%
Kris / trauma	9%	Sjukskriven vid aktualisering	64%
Ångest och/eller depression	25%	Långtidssjukskriven	28%
Relationsproblem	1%	Sjukskriven >3 mån innan aktualisering)	7%
Arbetsrelaterade problem	1%	Sjukskriven >6ggr senaste året	

Tabellerna visar att "tvärsnittsdeltagaren" är en sammanboende kvinna i åldern 26-55, född i Sverige, har arbete och är sjukpenningplacerad. Majoriteten av deltagarna söker p.g.a. fysiska besvär men en stor andel har kombinationer av fysiska psykiska och sociala besvär. En mycket liten andel har missbruk som huvudsakligt problem. 64% var sjukskrivna då de kom med i projektet, men hela 36% var ej sjukskrivna. Dessa personer inkluderades i projektet p.g.a. de bedömdes vara i riskzon för framtida sjukskrivning. Den höga andelen icke sjukskrivna återspeglar projektets strävan att göra bedömnings- och rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt.

För att få en grov uppskattning av individernas upplevda hälsa i förhållande till andra patientgrupper med rehabiliteringsbehov respektive Sveriges befolkning i stort kan medeltalet för EuroQol index jämföras med medeltalet för EuroQol-index från andra undersökningar inom och utanför DELTA projektet. Socialstyrelsen och RFV³ rapporterar 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. Siffrorna visar att deltagarna vid inträde i DELTA-projekt anger ett lågt värde för upplevd hälsa vilket även är fallet för deltagarna i Kärra.-Rödbo.

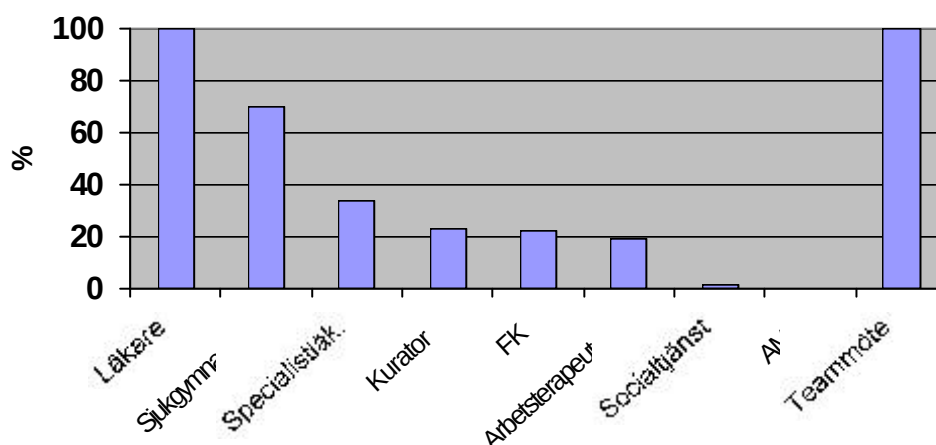
³ Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket. SOCSAM visar vägen: en lägesrapport. Stockholm: RFV / Socialstyrelse, 2000.

5.1.2 Bedömnings- och rehabiliteringsprocessen

För varje deltagare har innehållet i rehabiliteringsprocessen formats utifrån en gemensam bedömning och planering vid minst en teamkonferens med de olika professionerna samlade. Syftet har varit att erhålla en optimal bedömning/kartläggning genom tvärsektoriell kompetens i samverkan. I vissa fall har berörda personer i Deltateamet rehabiliteringsmöte med deltagare och andra berörda, t.ex. arbetsgivare. Insatser har skett såsom medicinsk behandling, sjukgymnastisk behandling, individuella samtal, sociala stödsamtal, arbetsplatsanpassning, arbetsprövning och utbildning/omskolning etc. Teamet har försökt anta ett kognitivt förhållningssätt i sitt arbete.

Samtliga deltagare har således diskuterats vid minst ett team-möte. Olika personalgrupper har aktualiserat deltagarna till team-möten och till projektet. I 70% av ärendena har läkaren aktualiserat, i 7% av sjukgymnast, i 7% av kurator, i 6% av handläggare från försäkringskassan, i 4% av socialsekreterare och i 6% av övriga personalkategorier. Samtliga har varit i kontakt med läkare vid minst ett tillfälle. Av de patienter som hittills avslutats i projektet har majoriteten varit i kontakt med sjukgymnast och många med kurator, arbetsterapeut, och eller försäkringskassan. Ett fåtal har varit i kontakt med socialtjänsten och AMI (figur 1).

Figur 1: Andel som varit i kontakt med olika yrkesgrupper / myndigheter

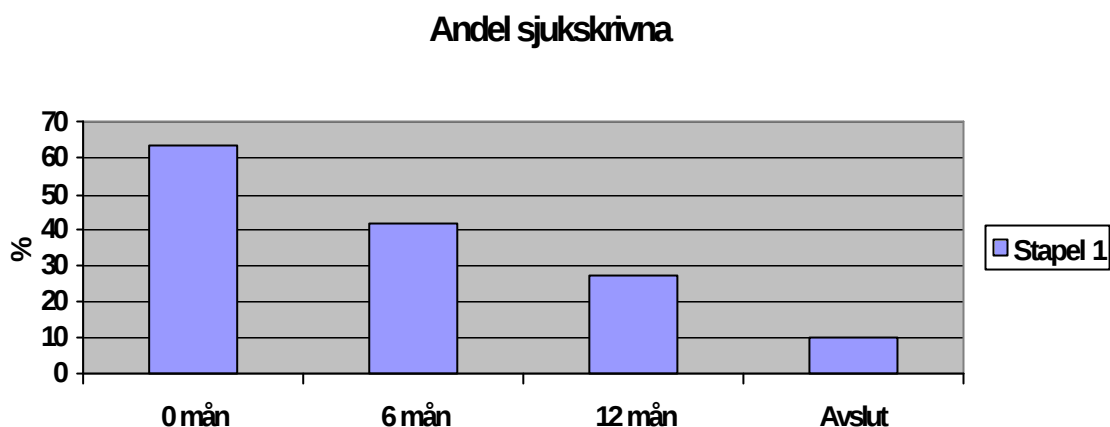


Medianväntetiden var 3 dagar till sjukgymnast, 5 dagar till kurator, och 3 till arbetsterapeut. Specialistbedömning av ortoped skedde oftast inom en vecka från remissdatum och i stort sett alltid inom en månad.

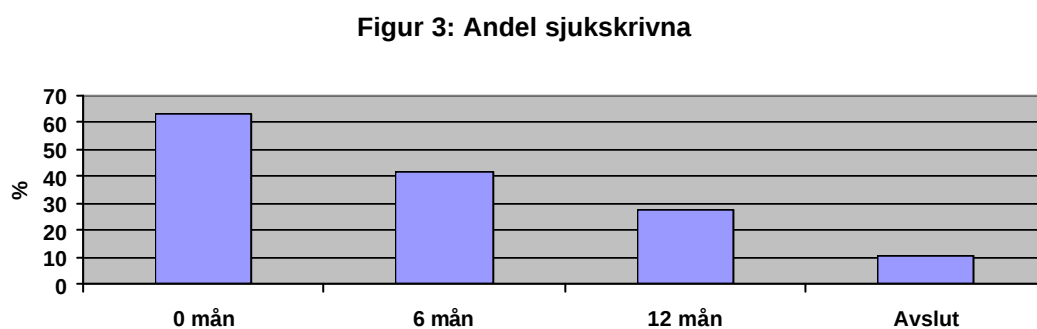
De som hittills avslutats har deltagit i projektet i medeltal 5,7 månader (mediantid = 4,5 månader). Av dessa har de som träffat sjukgymnast haft i medeltal 12 behandlingstillfällen. Motsvarande siffra för kurator, läkare och arbetsterapeut är 5,6; 2,5 och 5.

5.1.3. Förändring av hälsostatus och sjukskrivning

Figur 2 visar förändring av medeltal av EuroQol index. För de 94 individerna som avslutats ändrades EQ index med i medeltal +0,20 från 0 till 6 månader och +0,30 från 0 till 12 månader, motsvarande en höjning med 75 %, vilket får anses vara en hög siffra.

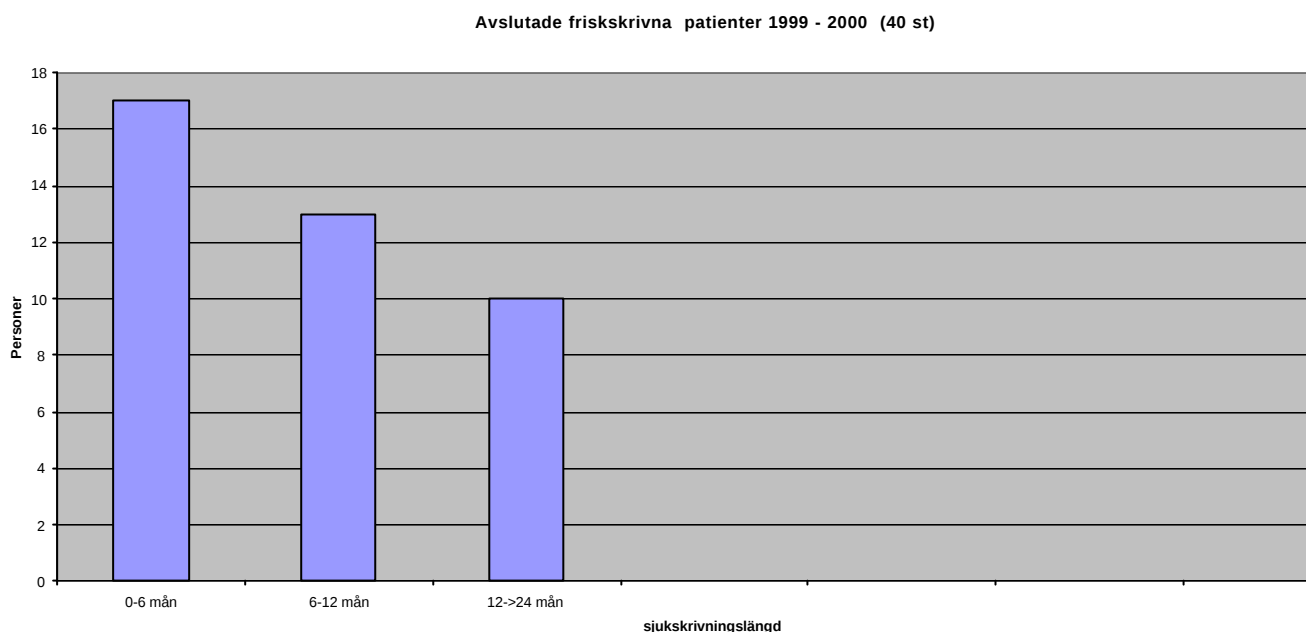


Figur 3 visar andelen sjukskrivna vid start och olika uppföljningstillfällen. (Tid till avslutning varierar för de olika individerna och kan därmed vara både kortare än 6 månader och längre än 12 månader). 42% av sjukskrivningarna var partiella.



Av alla de som var sjukskrivna vid aktualiseringen var 38% ej sjukskrivna efter 6 månader, och 63% var ej sjukskrivna efter 12 månader. Av de 94 som avslutats var 90% ej sjukskrivna vid tidpunkten för avslut. Av de 58 som följts 12 månader var 72% ej sjukskrivna efter 12 månader. Av de 60 som ej var sjukskrivna vid aktualiseringen var 4 (6.7%) sjukskrivna efter 6 månader och lika många var sjukskrivna efter 12 månader. Bland de 40 som ej var sjukskrivna vid aktualiseringen och som hittills avslutats i projektet var 1 (1,7%) sjukskriven vid tiden för avslutning.

Fördelningen mellan anställda, studerande och arbetslösa förändrades endast litet under uppföljningstiden. Andelen för respektive kategori var 79%, 1% och 14% vid aktualisering, 77%, 5%, och 14% vid avslut och 74%, 8% och 14% vid 12-månadersuppföljningen.



Sjukskrivningslängd

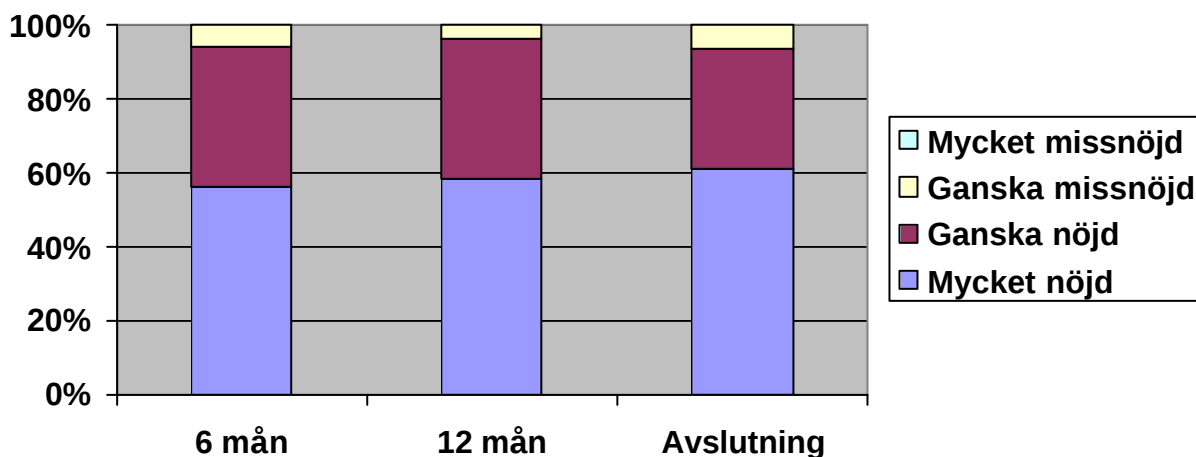
17 personer sjukskrivningslängd 0 - 6 mån

13 personer sjukskrivningslängd 6 – 12 mån

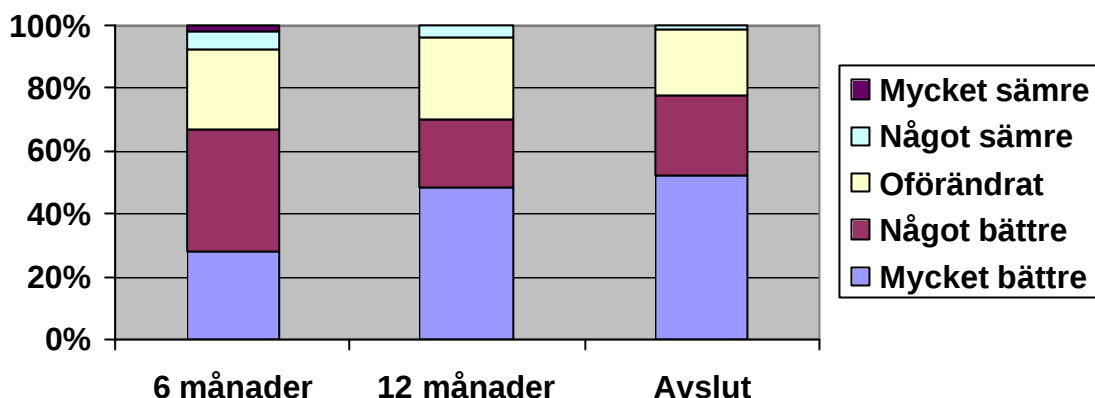
10 personer sjukskrivningslängd 12 – 24 mån

Figur 4 och 5 visar deltagarnas bedömning av projektinsatserna respektive projektmedarbetarnas samlade bedömning av förändring av deltagarens huvudsakliga besvär vid olika uppföljningstidpunkter.

Figur 4: Patientens bedömning av projektinsatserna



Figur 5: Personalens bedömning av förändring av individens huvudsakliga besvär



5.1.4. Effekter för deltagaren

Det är svårt att dra några entydiga slutsatser baserade på den redovisade statistiken. En positiv utveckling vad gäller upplevd hälsa och sjukskrivning ses. Som ett mått på deltagarnas motivation kan noteras att närvaron hos exempelvis sjukgymnast är nästan 100 %.

Såväl deltagare som personalen har bedömt att projektet i de allra flesta fall haft en positiv eller mycket positiv effekt för deltagarna. Denna typ av subjektiv bedömning är självklart färgad av vissa förväntningar, förhoppningar och kanske även krav från deltagare och projektmedarbetare.

Med reservation för att kontrollgrupp saknas tyder tillgängliga data på att projektet varit framgångsrikt i att skapa förbättrad hälsa och att minska sjukskrivningar genom ett tidigt samordnat omhändertagande där väntetider har kortats och tidsödande och frustrerande "rundgång i systemen" undvikits. Detta stämmer väl överens med personalens uppfattning om hur det nya arbetssättet har utvecklats (se vidare nedan) och skapat bättre förutsättningar för god vård.

P.g.a. begränsning i avsaknad av kontrollgrupp pågår för närvarande ett forskningsprojekt där detta DELTA-projekt ingår. I forskningsprojektet kommer rehabilitering och bedömning enligt den nya modell som tillämpats i detta projekt att jämföras med "sedvanlig" behandling vid ett antal kontrollvårdcentraler i Göteborg.

Några exempel på resultat av samverkan i form av autentiska ärenden

Ärende 1

45-årig man med invandrarbakgrund och omfattande sjukhistoria med ryggproblematik. Mestadels varit arbetslös sedan han kom till Sverige för 10 år sedan. 1999 erhöll han en anställning i ett företag, där arbetet i huvudsak bestod av mycket tunga lyft. Efter ett halvt år i arbete blev han sjukskriven. Aktuell i Deltaprojektet november 1999 - februari 2001. Gemensamma insatser från behandlande läkare, ortopedkonsult, sjukgymnast och försäkringskassans handläggare har lett till att han nu erhållit en omplacering på sin arbetsplats. Det har förekommitt många diskussioner med arbetsgivaren och han har efter arbetsprövning med rehabiliteringsersättning nu ett heltidsarbete i arbetsledande ställning.

Ärende 2

25-årig man med tidigare kända alkoholbesvär och fysiska besvär samt sjukskriven men ej etablerad på arbetsmarknaden. Han var aktuell inom Socialtjänsten och hade tidigare även haft kontakter med AMI innan han aktualiserades i Deltaprojektet januari 2000 – januari 2001. Efter mycket stöd och insatser från Deltaprojektets läkare, sjukgymnast och försäkringskassans handläggare samt många diskussioner med AMI kunde en utbildning på omvårdnadslinjen realiseras. Studierna påbörjades november 2000 och han har fortsatt stöd från socialsekreterare i projektet. Hittills har ingen frånvaro förekommit.

Ärende 3

35 årig kvinna med anställning inom kommunen. och långa sjukskrivningsperioder sedan slutet av 1995 på grund av muskulära problem. Aktuell i Deltaprojektet december 1999 – september 2000. Hon var initialt inställd på att erhålla pension, men mycket stöd av läkare, sjukgymnast, kurator och försäkringskassans handläggare i teamet utmynnade i diskussioner med arbetsgivaren och hon kunde påbörja studier via Kunskapslyftet med ny yrkesinriktning som plan. Studier pågår sedan augusti 2000 och kontakt med Deltateamet finns fortfarande.

Ärende 4

50-årig man med halv förtidspension på grund av hjärt-kärlsjukdom som varit helt sjukskriven från oktober 1999 på grund av försämringstillstånd. Aktuell i Deltaprojektet februari 2000 och fortfarande. Kontakt med sjukgymnast och försäkringskassans handläggare i projektet. Byte av arbete blev en realitet och han är sedan augusti 2000 i heltidsarbete med vilande förtidspension.

Patientfall med citat från samtal med patient:

Man född 1963 med tre års sjukskrivning bakom sig under diagnos post whiplashskada, depression, panikångest och IBS-symtom. Kontakt med läkare, sjukgymnast, och FK i teamet, och psykologkontakt aktualiserad av arbetsgivaren. Nedanstående citat är hämtade från samtal december år 2000.

*”Nu skall jag försöka gå till arbetet 25%. **

Vi har regelbundna avstämningsmöten och så har jag nära kontakt hela tiden. Det känns fantastiskt tryggt med det här teamet runtomkring mig, jag har fått en fast läkare E, jag har fått en fast sjukgymnast, jag har fått en person på försäkringskassan. Jag säger att jag har nått fina höjder alltså.

Förut var det så här: Vad skall jag göra nu då, skall jag åka in akut, skall göra det eller det. Vem kan jag prata med – man får nästan vara frisk för att vara sjuk. För att orka med att ordna allt runtomkring; boka möte, upp på remiss.

Liksom nu har man allting, man bara säger till B (sjukgymnast) och så pratar dom här och så känner man att nu är det på gång i alla fall.

Det har varit den största framgången detta att man har fått en fast punkt. Man har någon att vända sig till, man känner en trygghet. Det tycker jag att alla skall ha”.

*Patienten är nu åter i arbete 50% fram till sommaren 2001

Patientfall

Man född 1956 från Iran. med akademisk utbildning och ett tekniskt avancerat arbete. Enligt uppgift arbetat 60-70 timmar per vecka. De aktuella besvären började sommaren 1997, då han såg TV-program om en man med urinblåsecancer, som vägrade att operera sig. Detta TV-program väckte stark ångest, som tilltog under hösten. Drabbades nyåret 1997-98 själv av blod i urinen vilket medförde stor utredning med olika operativa undersökningar jämte röntgenundersökningar, som drog ut på tiden. Under den period som utredningarna pågick utvecklade han ett tilltagande tvångsbeteende med olika ritualer och växande oro för kroppslig sjukdom företrädesvis annan typ av cancer och HIV/AIDS. Denna oro medförde mycket frekventa besök på jourmottagningar i öppenvården och sjukhusens akutmottagningar.

Han läste flitigt vad han kunde finna på internet och medicinsk litteratur från biblioteket. Mannen erhöll kontakt med läkare i teamet november 1999 där ställningstagande till kognitiv terapi utföll positivt då han vid denna tidpunkt var svårt invalidiserad av sin ångest och sitt tvångsbeteende. Han kunde inte äta tillsammans med andra människor eller åka buss av rädsla för smitta och vid uttag av pengar i bankomat använde han lillfingret för att minsta möjliga kroppsytta skulle komma i beröring samt tvättade händerna i Klorin om han befارade smitta. Han var sjukskriven heltid under 14 dagars tid och halvtid under ytterligare 14 dagar. Under vintern påbörjades medicinsk behandling i form av antidepressiv medicinering i kombination med kognitiv terapi. Medel för samtalsbehandlingen hade under hösten sökts av projektet ur den så kallade "Deltasäcken" d.v.s. gemensamma resurser från de ingående förvaltningarna med upp till två basbelopp per deltagare, där mannen beviljades upp till 10.000 kronor. Han har under denna tid haft regelbunden kontakt med läkare i teamet och totalt tio tämligen täta samtal med psykoterapeut under våren 2000 och därefter utglesning.

Denne man upplever sig nu så gott som helt återställd. och lever ett normalt liv med avsevärt förhöjd livskvalité. Den rädsla han har haft för smitta på olika sätt jämte tvångsbeteende och ritualer har helt eliminerats. Vårdcentralen är nu hans enda kontakt med sjukvården och endast ett akutbesök har förekommit under de senaste 18 månaderna med anledning av bihåleinflammation.

Förebyggande verksamhet i de övriga delprojekten (2.3-2.5)

Hälsobefrämjande ekonomisk rådgivning har utmynnat i en bättre ekonomisk kontroll och deltagare har i några fall angett minskad spännings- och sömnproblematik.

Alkoholrådgivning med individuella samtal har kommit igång under senare delen av 2000. Patienter har remitterats från socialtjänsten och primärvården. Utskick med information om alkoholrådgivningen i Kärra-Rödbo har gått ut till alla hushåll i stadsdelen. Med hänvisning till inventering av alkoholvanor som gjordes på vårdcentralen 1999 förekommer sannolikt behov av rådgivning. Det upplevs som ett problem att på ett tillfredsställande sätt nå ut till målgruppen för att på ett tidigt stadium kunna bidra till att minska risken för utveckling av alkoholmissbruk.

Individuellt stöd av socionom till mammor med extra behov liksom utökad föräldrautbildning med inriktning på parrelationer och föräldraskapet har uppskattats av deltagarna.

Vattengymnastik för gravida med tillgång till simhall lokalt i Kärra har upplevts positivt med möjlighet att träna avslappning inför den väntande förlossningen liksom anpassad träning för rörelseorganen. Minskad smärtproblematik har för vissa kunnat bli en realitet där denna förebyggande verksamhet troligen kunnat bidra till en något minskad sjukskrivning. Dock har många upplevt vattentemperaturen för kall och projektet har gjort upprepade försök att påverka ansvariga i stadsdelen att höja vattentemperaturen i simbassängen dock utan resultat p.g.a. stor ekonomisk kostnad.

Hälsomotiverande samtal med barnmorskan har upplevts positivt av kvinnor mellan 30-50 år där psykosocial problematik ofta varit en realitet.

Deltagarna har uttalat sig positiva till att handläggare från Försäkringskassan finns att tillgå i stadsdelen i nära samarbete med övriga i teamet.

5.2 Personalen och organisationen

5.2.1 Styrning, förankring och legitimitet

Projektansvarig har varit verksam inom socialtjänsten och projektledare inom primärvården vilket utgjort en annorlunda projektledning än andra vårdcentralprojekt med liknande inriktning som haft både projektansvarig och projektledare verksamma inom primärvården. Styrgruppen har bestått av projektansvarig, kontorschef på FK, primärvårdsområdeschef samt projektledare. Den lokala Deltagruppern Kärra-Rödbo har fungerat som referensgrupp och även tagit beslut om "säckpengar" (se ovan) och har bestått av representanter från primärvården, socialkontoret, försäkringskassan och psykiatrisk öppenvård. För mer övergripande frågor och för frågor kopplade till folkhälsoarbetet har lokala Deltagruppern utökats med representanter från stadsdelsförvaltningen (SDF).

Styrgrupp, Lokala Deltagruppern och projektgrupp har i de olika konstellationerna fortlöpande utbytt information om projektets utveckling på alla nivåer. Samverkan mellan de olika hemorganisationerna har successivt ökat. Vid möten i Deltagruppern diskuterades tidigt förutsättningar och hinder i relation till olika regelverk och arbetstraditioner. Hantering av behandlings- och rehabiliteringsfrågor gjordes till en gemensam angelägenhet. Genom att man lärt sig varandras språk, fått större kunskap och förståelse för varandras regelverk och därför lättare kunnat tala med varandra över förvaltningsgränserna har beslut i lokala deltagargruppen efter hand kommit att bli allt mer eniga och därmed fått en större styrka.

Processen mot förankring av ett gemensamt synsätt i hemorganisationerna har emellertid varit lång och mödosam och full legitimitet för projektet och dess nya synsätt har ännu inte uppnåtts på alla nivåer i organisationen. Projektmedarbetarna upplever att projektet med tiden blivit väl förankrat uppåt i primärvårdslinjen. Primärvårdschefen har haft förtroende för hur projektmedarbetare utformat projektet samt för hur de gjort nödvändiga prioriteringar vad gäller medicinska åtaganden på vårdcentralen för att skapa goda förutsättningar att driva projektet i förenlighet med dess målsättning.

Vårdpersonalen upplever att de via Delta-projektets arbetssätt har kunnat få tillgång till en teamkonsultation i komplicerade ärenden vilket lett till att vårdkvaliteten ökat. Det har även lett till en känsla av "avlastning" där man som vårdaktör mindre ofta haft den känsla av otillräcklighet som ofta infinner sig när man ensam handlägger komplicerade rehabiliteringsärenden.

En slutsats är att förankring och legitimitet såväl uppåt som nedåt i respektive linje är en förutsättning för ett framgångsrikt projekt. Att skapa en känsla av direkta vinster är viktigt liksom att få sanktioner uppifrån för prioriteringsåtgärder som leder till potentiellt stora långsiktiga vinster men eventuellt till kortsiktiga förluster. Att förankra åtgärder som förväntas ge långsiktiga vinster har varit en pedagogisk utmaning.

När det gäller AMI har samverkan i stort sett uteblivit inom projektet. AMI:s närvaro vid Deltagruppens möten blev på ett tidigt stadium allt glesare för att till slut upphöra helt. I teamet har man saknat en representant från AMI. Visst samarbete har projektet haft med arbetsmarknadstorget i arbetsmarknadsärenden.

5.2.2 Rekrytering och bemanning

Rekrytering av personal har skett i respektive hemorganisation. Både extern rekrytering och intern rekrytering har förekommit. Fördelningen av de anställda i de ingående förvaltningarna utgörs av fyra heltidstjänster och tre deltidstjänster i primärvården, en och en halv heltidstjänster inom socialtjänsten fördelad på fem socialsekreterare och en deltidsanställning inom försäkringskassan. Viss personalomsättning har förekommit i primärvården och inom socialtjänsten vilket sannolikt påverkat projektet negativt med tidskrävande rekrytering och fördröjd förankring i projektet.

5.2.3 Processen i personalgruppen

Det har varit gynnsamt för projektet att mycket tid ägnats åt diskussion och information mellan projektmedarbetare vid projektets start. Detta medförde att de flesta medarbetarna har känt sig delaktiga i projektet och haft möjlighet att påverka dess innehåll och struktur. Den komplicerade lokalfrågan med ombyggnation och hyra av paviljong har varit ett hinder. Å andra sidan har det dröjsmål som detta orsakat inneburit att det funnits mer tid för planering innan det direkta patientarbetet kommit igång i full skala. Gemensamma utbildningar och planeringsdagar med internat har bidragit till ökad samverkan och förståelse för varandras professioner och regelverk.

Teamet har tydliga yrkesroller och avgörande faktorer har varit en stor vilja att samarbeta och likartade värderingar i mötet med människor

5.2.4 Nya arbetssätt som utvecklats i projektet

Ett nytt inslag i arbetet är att alla sjukskrivna i Kärra-Rödbo inventeras av försäkringskassehandläggaren i projektet. Alla Deltaärenden aktualiseras i Deltateamet en gång i veckan. Detta innebär att FK får kännedom om sjukskrivningsärenden någon månad tidigare än i vanliga fall. Dessutom erhålls mer underlag än brukligt. Beslutsvägarna kan verkställas smidigt med direkt kommunikation mellan vårdgivare och FK istället för brevförfrågningar med månadslånga väntetider. Närvaron av försäkringskassans handläggare på vårdcentralen har lett till att en naturlig dialog kunnat upprättas dels mellan FK och deltagaren, dels mellan FK och vårdpersonalen. Samarbetet mellan aktörerna ger en bättre helhetsbild och därmed förutsättningar för rätt insatser. Arbetssättet i Deltaprojektet skiljer sig från det traditionella arbetet på försäkringskassan genom en mycket större fördjupning i de enskilda ärendena, många fler personliga kontakter med de sjukskrivna och en ständig dialog med läkare, sjukgymnast, kurator m.fl. Direktkontakt mellan projektmedlemmarna under formella teammöten och mer informella möten underlättar handläggning och påskyndar behandling och rehabilitering för deltagarna. Detta innebär att sjukskrivningsärenden ofta blir föremål för gemensam bedömning långt tidigare än vad som normalt skulle vara fallet i en situation då FK ej finns representerad på vårdcentralen.

Sjukgymnasten är engagerad i en stor del av ärendena och har fått en central roll i projektet, förutom ordinarie arbetsuppgifter förmedlar han remisser, läkarintyg, recept mm. Den utvidgade samverkan innebär bland annat gemensamma planeringsmöten med patienterna och ökar deras delaktighet. Daglig kontakt med de övriga i arbetsgruppen gör arbetet stimulerande och mer utvecklande med ett minimum av byråkrati. Beslut ser annorlunda ut genom att de växer fram i kommunikation mellan arbetskamraterna och grundar sig på förtroende för varandras kompetens. Dessa dagliga kontakter är viktig för samverkan. Fler personer arbetar med samma ärenden i mycket tätt samarbete vilket bland annat leder till att ärenden kan avslutas tidigare.

Projektets uppfattning är att kombinationen, av tidiga och gemensamma insatser och med geografisk närhet till alla yrkesgrupper och myndigheter, har lett till en bättre rehabiliteringsprocess.

En patient uttrycker det sålunda:

”Det har varit den största framgången detta att man har en fast punkt. Man har någon att vända sig till, man känner en trygghet. Det tycker jag att alla skall ha..”

Integreringen med socialsekreterare i teamet har skapat nya förutsättningar i arbetet. En inventering av samtliga ärenden inom socialtjänsten har gjorts för att fånga upp personer som har behov av teamets samlade resurser. Redan vid tidsbeställning, för att erhålla försörjningsstöd, görs bedömning om personen är i behov av teamets samlade resurser. Detta har skapat förutsättningar för snabbare och bättre bedömningar än vad som skulle varit fallet om socialsekreterare ej funnits representerad i teamet.

5.2.5 Några nya lärdomar för personalen

Att lära känna varandras organisation och regelsystem ökar förståelsen för varandra. Varje profession har en språklig jargong och egna språkliga begrepp och genom att samarbeta nära med varandra lär vi känna dessa olika språk.

FK:s handläggare:

”Min upplevelse av möten med de sjukskrivna är att det faktiskt finns en osäkerhet och rädsla över att bli ifrågasatt av försäkringskassan. Att som kassaanställd befinna mig ute på en vårdcentral ger mig en möjlighet att okonventionellt överbrygga och skapa ett förtroende med deltagarna på ett helt annat sätt. I samarbetet kan vi också avsluta de sjukskrivningar som ska avslutas, på ett för individen värdigt sätt, istället för åtgärder från FK, som ibland upplevs som repressiva.

En viktig lärdom för mig som kassaanställd är att samverkan vad gäller den ekonomiska försörjningen har stor betydelse för individen när det gäller det psykiska tillståndet och självkänslan. Det stärker rehabiliteringspotentialen mycket. Social, medicinsk och yrkesmässig rehabilitering är sammanhängande och går inte att separera från vartannat.”

Fortlöpande handledning för de projektanställda av terapeut från Kognitivt Center i Kungälv gällande dels enstaka DELTA-ärenden dels arbetsmetoder och förhållningssätt har varit värdefullt

5.2.6 Resursbrist och tidsbrist

Det har visat sig under arbetets gång att vissa resurser varit för knappa. Viss utökning har skett och medarbetarna inser vikten av att inventera resursbehov innan man startar projekt. Utvärderingsarbete och informationsarbete har tagit mycket tid och resurser i anspråk. Det har inte tydliggjorts innan projektansökan skrevs och beviljades i vilken omfattning projektmedarbetarna själva skulle ägna sig åt utvärderingen och därmed har inte tillräckligt med resurser givits. Detta har fått till följd att patientarbete inom projektet delvis hindrats. Tid för utveckling av teknik, utvärdering, reflektion, information, studiebesök mm bör ligga inom ramen för personalresurser.

Försäkringskassans handläggare:

”En stor nackdel är att som kassaanställd inte arbeta heltid i projektet. Man ”bryts” mellan två arbetsplatser. Man förväntas stötta upp i hemorganisationen. Detta innebär stress och splittring.”

6. Reflektioner och slutsatser

Reflektioner

Distriktsläkare i Delta:

”Att från ha arbetat på detta, för mig som läkare, mycket smidiga sätt, gå tillbaka till traditionellt vårdcentralsarbete med ett otal spridda sjukgymnastkontakter, diverse olika specialistläkare, psykologkontakter, skriftlig korrespondens med försäkringskassan, skulle kännas som ett stort kliv bakåt. Det är också min uppfattning att det är detta som patienterna uppskattar; att bli sedda som personer genom den helhetssyn vi har och det nära samarbete vi har inom teamet.”

”Som läkare är man ofta ensam i sina beslut men jag ser inget problem – tvärtom – att dela beslutsfattandet när det gäller rehabiliteringsärenden. Det är för mig en avlastning att vi är fler som delar bördan.

Efterhand som vi lärt känna varandra under projektets gång har vi också kunnat använda varandra som samtalspartners vid ”avreaktionssamtal” efter arbetsamma händelser – dvs kollegial stöttning, där vi litar på varandra”.

FK:s handläggare

”Legitimitet i den egna organisationen är av största betydelse för samverkansarbete. Att resurser ges. Att kunskaper och viljan för detta arbetssätt finns hos respektive ledning. Att ledningen litar på medarbetarnas kunskaper och förmåga och vågar ”låta linan löpa.

Detta arbetssätt skapar en stor trygghet för deltagarna, man slipper hamna mellan stolarna och bollar mellan olika myndigheter och den osäkerhet det innebär. Inte minst viktig är den helhetssyn som projektarbetet ger möjlighet att skapa kring deltagarna. Detta sammantaget, vågar vi påstå, ökar rehabiliteringspotentialen.

Genom god service och gemensamma insatser, tillsammans med deltagarna, har ett ganska stort antal av deltagarna med mycket lång sjukskrivning återkommit i arbete. Detta hade troligen inte varit möjligt, för flera av deltagarna, utan intim samverkan. (Flera exempel finns

med mer än två års sjukskrivning bakom sig). 42% av deltagarna var vid årsskiftet 2000/2001 i partiellt arbete. Genomsnittet för partiellt sjukskrivna på Hisingen är 25%.

Vi vågar påstå, genom kännedom av deltagarna, att tidiga, gemensamma insatser förhindrat en hel del sjukskrivningar. 40 personer var inte sjukskrivna vid aktualisering och ej eller vid avslutning i projektet.

Genom lärdom och ökade kunskaper om respektive professioners arbetssätt, organisation och regelsystem underlättas samarbetet och ger bredd och stimulans för medarbetarna.

De vinster och fördelar som samverkansarbete innebär gör det svårt att tänka sig att gå tillbaks till traditionellt arbete på kassan”.

Kurator i Delta:

”Min yrkesroll har blivit tydligare och mer renodlad. Jag kan ägna mig helt åt samtalsbehandling enligt kognitiv teori. En förutsättning för detta är den nära samverkan vi har i teamet, där var och en bidrar med sina kunskaper och sina specifika arbetsuppgifter”.

Slutsatser

Det faktum att flertalet patienter återgått i arbete, att flertalet patienter rapporterat en ökad livskvalité och är nöjda eller mycket nöjda med de insatser som gjorts inom projektet; samtidigt som medarbetarna som arbetat i projektet känner en stor arbetsglädje och tillfredsställelse med det de åstadkommer innebär att de ser denna samarbetsform för rehabiliteringsarbete som mycket bra och den enda naturliga. En övertygelse finns hos medarbetarna om att samverkan vilande på finansiell samordning för såväl deltagarna och behandlarna som samhället är billig och bra.

Referenser

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

DELTA-gruppen Kärra-Rödbo. Projektansökan för tidigt och samordnat omhändertagande vid vårdcentralen i Kärra-Rödbo 1997

Bramwall, Lisette. Verksamhetsberättelse 1999 Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo 000228

Bramwall, Lisette.. Verksamhetsberättelse 2000 Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo 010314

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

Tidig och samordnad rehabilitering i Kärra-Rödbo**Organisationsenheter****3090 Deltamedel ”pengar ur säcken”****3091 Alkoholrådgivning****3093 Mödravård/ungdomsarbete****3094 Deltateamet****3095 Projekt DELTA övergripande kostnader, projektledare, sekreterare****Ändamål**

1101 Ökad kunskap om målgrupperna	(kunskap/rehab)	10%
2107 Utvärdering	(åtgärder/rehab)	15%
2122 Medicinska insatser läkare	(åtgärder/rehab)	15%
2125 Paramedicinska insatser sjukgymnast	(åtgärder/rehab)...	9%
2124 Paramedicinska insatser kurator	(åtgärder/rehab)	5%
2125 Paramedicinska insatser arbetsterapeut	(åtgärder/rehab)...	5%
2129 Försäkringsmedicinska insatser	(åtgärder/rehab)	7%
2132 Sociala insatser	(åtgärder/rehab)...	5%
1501 Ökad kunskap om målgrupp (kunskap/förebygg./prevention)		5%
2515 Info kunskap	(åtgärd/förebygg./prevention)	10%
2516 Gruppverksamhet	(åtgärd/förebygg./prevention)	10%

**DELTAPROJEKT TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING 1999
I KÄRRA-RÖDBO**

UTFALL TKR	TOTALT 1999
Patientavgifter	-20,9
Övriga intäkter	-2,3
Personalkostnader	452,8
Köpt personal	2193,3
Material	71,8
Inventarier	38,8
Köpta tjänster	339,7
Lokalkostnader	254,7
TOTALT NETTO	3327,9

ÄNDAMÅL	TOTALT 1999
1101	332,8
2107	499,2
2122	499,2
2124	233,0
2125	233,0
2126	233,0
2129	233,0
2132	233,0
1501	166,4
2515	332,8
2516	332,8
TOTALT	3327,9

DELTAPROJEKT TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING 2000**I KÄRRA-RÖDBO**

UTFALL TKR	TOTALT 2000
Patientavgifter	
Övriga intäkter	-47,8
Personalkostnader	559,2
Köpt personal	2611,5
Material	50,6
Inventarier	26,5
Köpta tjänster	420,4
Lokalkostnader	214,1
TOTALT NETTO	3834,5

ÄNDAMÅL	Akkumulerat
1101	383,5
2107	575,2
2122	575,2
2124	268,4
2125	268,4
2126	268,4
2129	268,4
2132	268,4
1501	191,6
2515	383,5
2516	383,5
TOTALT	3834,5

Avslutade Deltaärenden 1999-2000 (96 personer)Sjukskrivningens längd

0-3 mån	3-6 mån	6-9 mån	9-12 mån	12-18 mån	18-24 mån	>24 mån
10 pers	7 pers	5 pers	8 pers	6 pers	1 pers	3 pers

Dessa personer har återgått i arbete och någon enstaka har påbörjat studier.

Anm. En person med halv förtidspension och halv sjukpenning arbetar heltid.

36 personer har aldrig varit sjukskrivna.

4 personer är fortfarande sjukskrivna och har remitterats till annan specialist.

14 personer har pågående pensionsutredning.

2 personer har fått förtidspension/sjukbidrag.

