



Finansiell samordning på Hisingen
FÖRSÄKRINGSKASSAN • PRIMÄRVÅRDEN • SOCIALTJÄNSTEN
I samarbete med
LÄNSARBETSNÄMNDEN • PSYKIATRIN • VUXENUTBILDNINGEN

TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING I BACKA

Rapport om utvärdering av ett primärvårdsintegrerat DELTA-projekt

Rapporten är skriven av Annika Lundin, projektledare/kurator
Statistikbearbetningen är gjord av Eva Ajax, sjukgymnast
Rapporten är utformad i samråd med Knut Lönnroth

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 företräddas 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 psykiatrin 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 åstadkommit 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

SAMMANFATTNING
av rapporten
"TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING I BACKA –
Rapport om utvärdering av ett primärvårdsintegrerat DELTA-projekt"

Rapporten beskriver projektets bakgrund och start under 1996-1998 samt projektets utveckling och aktiviteter under 1999 och 2000.

Patientstatistik avser tiden 990101 tom 000630.

BAKGRUND

I Backa bedrevs under åren 1992-1998 två Dagmarprojekt. Dessa båda projekt bedömdes ha goda resultat. Erfarenheter från dessa projekt har använts för utformandet av Deltaprojektet i Backa. Utifrån bland annat dessa erfarenheter hade man i stadsdelen påbörjat en mer aktiv samverkan som bl.a. tog sig uttryck i att man redan 1996 bildade Delta-gruppen i Backa, ett samverkansforum mellan SDF, Primärvård, Försäkringskassa och LAN. FK:s kartläggning av sjukskrivningsorsaker och vem som sjukskrev var en annan anledning till att man såg ett behov av att utveckla såväl tvärprofessionell kompetens som samverkan i stadsdelen.

MÅLSÄTTNING

Målsättningen med projektet var att utveckla tvärprofessionellt och tvärsektoriellt arbete för att kunna erbjuda den enskilde adekvat vård, behandling och rehabilitering vid rätt tillfälle och för att kunna använda de samhälleliga resurserna avseende såväl personal som ersättningsformer så kostnadseffektivt som möjligt. Insatserna skulle ske tidigt och integrerat i ordinarie vårdcentralsverksamhet.

Målsättningarna berör olika nivåer av den offentliga verksamheten och innebär såväl mål för de individer som är i behov av samhällets insatser som mål för de organisationer som ska tillhandahålla dessa insatser.

METOD

Metoden har varit att utveckla arbetsformer och skapa forum för samverkan såväl inom primärvården som i samverkan med andra aktörer. FK har integrerats i projektet genom att en handläggare stationerats på VC. För primärvården "nya" kompetenser har anställts på VC.

Utvärdering av projektet har skett strukturerat och på likartat sätt för samtliga vårdcentralsbaserade projekt.

Utvärderingen har inneburit datainsamling avseende såväl enskilda individer som utveckling av arbetsformer och metoder.

VIKTIGASTE FYND

Projektet har integrerats i vårdcentralens ordinarie arbete. Detta har inneburit en ökad möjlighet för vårdcentralen att genomföra sitt uppdrag avseende bland annat helhetssyn och områdesansvar. FK:s närvaro på VC har inneburit betydande kompetenshöjning och tidsvinster avseende rehabilitering och underlag för bedömningar av olika slag. De grupper man såg i FK:s kartläggningar dvs gruppen med problem i rörelseorganen och gruppen med psykiska besvär är de stora grupperna i projektet. En majoritet av patienterna är kvinnor, de flesta har arbete och en dryg tredjedel har utländsk härkomst. Man har kunnat ta emot patienterna med mycket kort väntetid. Sjukskrivningsgraden har reducerats för 62% av patienterna vid avslutad behandling. Denna trend kvarstod vid uppföljning efter 6 och 12 månader. Euroqolvården avseende upplevd hälsa har varit svårtolkade pga gruppernas olika storlek vid 6 och 12 månader. Man ser en viss förbättring efter 6 månader. Måluppfyllelse bedöms av personal som god för 80% av individerna och individerna själva upplever sig som mycket förbättrade eller något förbättrade i 83% av fallen.

VIKTIGASTE SLUTSATSER

Tidiga och adekvata interventioner med tillgång till adekvat kompetens och förenklad möjlighet till samverkan med andra innebär kortare behandlings- och sjukskrivningstider. Tid måste avsättas för samråd inom organisationen och mellan organisationer. Nuvarande prestationsmätningssystem medger ej detta. Bemanningsproblem medför ofta effektivitetsförluster avseende kontinuitet och samverkan och medför ofta förlängd sjukskrivningstid. Läkarbrist kan ej kompenseras av tillgång till annan personal pga sjukvårdens organisation och FK:s regelsystem.

Brist på tillgång till ortopedkonsult i projektet har förlängt behandlingstider för gruppen besvär i rörelseorganen. Deltaprojektet på Hisingen har inneburit ekonomiska möjligheter att driva projektet i Backa samt inneburit att projektet haft legitimitet i alla deltagande organisationer och på alla nivåer i primärvårdsorganisationen. Hinder för samverkan kan oftast lösas genom att det finns forum och tid för såväl tvärprofessionella och tvärsektoriella diskussioner som gemensamma möten tillsammans med den enskilde.

För att kunna lösa de hinder som ligger på lagstiftnings- regelsystems- och organisationsnivå krävs att man skapar ett forum med mandat att hantera denna typ av frågor till vilket projekten kan lämna den systematiska kunskap man samlar om dessa hinder.

Annika Lundin
Projektledare

Backa Vårdcentral
tel 031/7427319 0704/610608

BAKGRUND

STADSDELEN BACKA

Stadsdelen Backa på Hisingen i Göteborg är en stadsdel med ca 24000 invånare.

Befolkningen kan beskrivas som ett "tvärsnitt" av Göteborg avseende de flesta demografiska variabler.

Exempel på detta finns att hämta i "Hälsobeskrivning för Backa". Så är t.ex. arbetslösheten i Backa 6,0% och i hela Göteborg 6,2%. När det gäller utbildningsnivå ligger Backaborna generellt något lägre än genomsnittet för Göteborg

Det finns såväl bostäder som arbetsplatser i stadsdelen och det finns alla typer av boendeformer. Avståndet till Göteborgs centrum är kort. I stadsdelen finns

Stadsdelsförvaltning, Primärvård och Psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

MEDBORGARNAS BEHOV AV SAMHÄLLSSERVICE

Man kan utgå ifrån att behovet av insatser från offentlig sektor avseende vård, behandling och annan samhällsservice för invånarna i området minst motsvarar ett genomsnitt av de behov som den offentliga sektorns vård-, behandlings- och serviceenheter förväntas hjälpa invånarna med. Ohälsotalet för åldrarna 16-64 år är dock högre för Backa (60,5) än för hela Göteborg (47,5). När det gäller inköp per capita av mediciner av typen lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva mediciner ligger Backa lägre än Göteborg som helhet men högre än Sverige-genomsnittet.

OM PRIMÄRVÅRD

I Backa finns en vårdcentral för de boende i området. Det är den största vårdcentralen på Hisingen. Den startade vid årsskiftet 1998-1999 då två VC i området slogs ihop till en. Vidare finns Barnvårdscentral, Mödravårdscentral och Primärvårdsrehabilitering i området. Det finns inga privatpraktiserande läkare i området och få privata sjukgymnaster.

Till primärvården söker sig människor med en mängd olika sjukdomar och besvär.

Vårdcentralen finns i människors närmiljö och är ofta lätt tillgänglig. Många sjukdomstillstånd är komplexa och innebär psykosociala komplikationer av varierande slag. Detta gör att en traditionell vårdcentral har svårt att möta det breda spektrum av behov som individer kommer med och det finns en risk att psykosociala och psykologiska problem medikaliseras och att människor tvingas in i en sjukroll för att få hjälp. Det finns också en risk att symtom, besvär och funktionsnedsättningar permanentas om individen ej erbjuds adekvat hjälp vid rätt tillfälle.

I primärvårdens uppdrag ingår att vara första linjens sjukvård, att arbeta enligt helhetssynen och att ha ett områdesansvar. Tillgång till tvärprofessionell kompetens och möjlighet till samverkan med andra aktörer och myndigheter är en förutsättning för att primärvården ska kunna omsätta dessa honnörsord i praktiskt vardagsarbete. Tillgången till andra kompetenser än de rent medicinska har hittills varit mycket begränsad. Detta gäller framförallt de beteendevetenskapliga kompetenserna. Möjligheten att avsätta tid för samverkan med externa aktörer försvåras av aktuellt prestationsmätningssystem.

TIDIGARE ERFARENHETER AV PROJEKT OCH SAMVERKAN

Ett viktigt underlag för projektets utformning är de erfarenheter man fått genom två Dagmarprojekt som pågått inom primärvården i stadsdelen under åren 1992-1997/98.

I Backa startade 1992 ett Dagmarprojekt, "Kurator –psykosocial kompetens på vårdcentral". Vid samma tid startade på Hisingen ett Dagmarprojekt om samverkan mellan distriktsläkare och sjukgymnast från vilket en sjukgymnast var placerad på Backa vårdcentral.

Bland annat utifrån dessa båda nya kompetenser på vårdcentralen väcktes ett intresse för tvärprofessionellt arbete på VC. Projekten innebar också en möjlighet till extern samverkan i högre grad än tidigare. Båda dessa projekt som pågick under tiden 1992-1997/98 finns redovisade i såväl årliga rapporter som i sammanställningar för hela projekttiden.

Enligt dessa rapporter ökade tillgången till flera professioner vårdcentralens möjlighet att tillgodose behovet från såväl patienter som andra myndigheter på ett nytt och bättre sätt. Man kunde börja arbeta tvärprofessionellt på vårdcentralen med ökad intern och extern samverkan och man kunde utveckla rehabiliteringsarbetet. Rapporter från dessa projekt tyder på att arbetssättet i många fall ledde till att patienterna fick adekvat vård, ineffektiv rundgång mellan myndigheter minskade, sjukskrivning kunde i många fall undvikas eller förkortas. Sjukskrivningstiden kunde i många fall göras mer aktiv med behandlande och rehabiliterande insatser utan lång väntetid. Ett resultat av dessa båda projekt blev att en kuratorstjänst och en sjukgymnasttjänst inrättades på VC i Backa.

VARFÖR DELTA-PROJEKT?

Sjukgymnasten och kuratorn i Dagmarprojekten tog tidigt kontakter med samarbetspartners utanför vårdcentralen för att informera om sina respektive projekt. I kuratorns uppdrag ingick att representera VC vid olika möten av samverkanskaraktär. I Backa fanns bland annat av denna anledning en tradition av samverkan mellan myndigheter och redan 1996 bildades den lokala Deltagruppern i Backa. I denna grupp där de fyra samverkande myndigheterna, FK, Primärvård, SDF och LAN, var representerade diskuterades hur man genom de nya möjligheter som finansiell samverkan inom Deltaprojektet på Hisingen erbjöd skulle kunna utveckla samverkan i stadsdelen. Man ville söka gemensamma handlingsalternativ för att på bästa sätt tillgodose de behov som fanns i stadsdelen avseende vård, behandling och rehabilitering.

1997 gjorde Försäkringskassan på Hisingen sin första stora kartläggning som visade att de stora sjukskrivningsanledningarna på Hisingen var besvär i rörelse och stödjeorganen (dvs besvär från rygg nacke axlar) och psykiska besvär av olika slag.

I Dagmarprojektens senare skede kunde man också se en tendens att arbetsrelaterade besvär av psykisk karaktär tenderade att öka. Debatten om "utbrändhet" och långa sjukskrivningar bland fr.a. anställda inom offentlig sektor tog fart.

Av Försäkringskassans kartläggning framgick också att många patienter var sjukskrivna från andra än vårdcentralens läkare och samordningen av rehabiliteringsinsatser var ibland svår att administrera. För de patienter som var sjukskrivna av de stora sjukhusen gällde ofta långa sjukskrivningstider och ingen kontinuerlig läkarkontakt att samverka med. För de patienter som sjukskrivits av privatläkare gällde att det handlade om en mycket stor grupp läkare över hela Göteborg med varierande tillgänglighet per telefon och ingen tid avsatt för gemensamma möten eller diskussioner kring patienten.

Utifrån dessa diskussioner och de goda erfarenheter man haft av tvärprofessionellt arbete och extern samverkan i praktiskt vardagsarbete via Dagmarprojekten formulerades under hösten 1997 gruppens ansökan om medel till det aktuella Delta-projektet "Tidig och samordnad rehabilitering i Backa".

ALLMÄNNA FÖRBEREDELSE FÖR DELTA PÅ HISINGEN

De olika myndigheterna i Backa var mycket engagerade i ett flertal gemensamma möten på Hisingen inför starten av Delta. Vi deltog på olika sätt i planeringen inför Deltaprojektets start på Hisingen genom att bl.a. bidra med siffror, tankar och slutsatser från Dagmarprojekten, frågeställningar och underlag till Deltaprojektets utveckling, bl.a. framtagande av det s.k. "kalkylbladet".

PROJEKTSTART

I februari 1998 beviljades pengar till Delta-projektet "Tidig och samordnad rehabilitering i Backa". Under 1998 avvecklades Dagmarprojekten. Den sjukgymnast och kurator som funnits i dessa projekt arbetade kvar i Delta-projektet, vilket innebar att det fanns en personkontinuitet som gjorde det enkelt att använda och utveckla de kunskaper och erfarenheter man hade fått genom Dagmarprojekten.

Under 1998 påbörjades rekrytering, iordningsställande av lokaler och utveckling av arbetsformer och metoder parallellt med full verksamhet på VC och i projektet.

Psykiatrin var från början ej representerad i Deltagruppen. För att få till stånd en sådan representation bjöd vi i maj 1998 in sektionschef Margareta Gren, Allmänpsykiatriska Sektionen SU/Östra till Deltagruppen i Backa. Psykiatrin har sedan dess varit representerad såväl i Deltagrupperna som i Deltas beredningsgrupp. I projektet har psykiatrin funnits med genom de regelbundna besöken av psykiater och psykiatrisjuksköterska från psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Backa.

MÅLSÄTTNINGEN MED PROJEKTET

De övergripande målsättningarna var att utveckla tvärprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete för att genom en samlad kompetens ge individer möjlighet att få behandling och rehabilitering grundad på en helhetssyn på individen och med tillgång till såväl en bredare professionell kompetens på vårdcentralen som samhällets samlade resurser avseende vars och ens specifika behov.

Det handlade om att förbättra hälsa och funktion och att utveckla organisationernas förmåga att arbeta mot dessa mål. Detta leda till en minskning av den enskildes lidande och en ökad möjlighet att använda samhällets resurser mest effektivt.

Arbetssättet antogs leda till att den enskilde snabbare återfick hälsa och funktionsförmåga och att samhällets resurser avseende vård- och behandling genom samverkan skulle användas mer resurseffektivt. På längre sikt skulle det bidra till en minskning av eller en långsammare ökningstakt för samhällets kostnader för sjukpenning och andra bidrag.

I den övergripande målsättningen ingick att utvärdera projektet och att få sakkunnig hjälp med utvärderingen.

MÅLGRUPP

- 16-64 år
- boende i Backa eller tillhörande VC i Backa

PATIENTMÅL

- Helhetsperspektiv på patienten
- Tidiga insatser
- Korta väntetider till bedömning internt och externt
- Undvika onödig sjukskrivning, väntetidssjukskrivning
- Göra en eventuell sjukskrivningsperiod aktiv
- Använda partiell sjukskrivning
- Öka kunskapen om patientgruppen/grupperna

SAMARBETSMÅL

- Utveckla teamarbetet (internt tvärprofessionellt samarbete)
- Utveckla externt samarbete med andra aktörer inklusive psykiatrin.

PERSONAL- OCH ORGANISATIONSMÅL

- Projektet skall arbeta integrerat i den ordinarie verksamheten och enligt organisationernas ordinarie uppdrag.
- Ökad kompetens hos personalen inom det egna yrkesområdet och om den egna organisationens uppdrag och resurser.
- Ökad kunskap om samarbetspartners, deras uppdrag, resurser och kompetens

ARBETSSÄTT

Patienterna har kunnat hänvisas på ett enkelt och obyråkratiskt sätt från såväl läkare och sköterskor på VC som från andra aktörer som FK, socialtjänst, psykiatri m.fl. Syftet med ett enkelt hänvisningsförfarande har varit att tidigt kunna göra rätt insats för de individer som hade behov av detta. Patienter har kunnat komma direkt via mottagningssköterskans telefonrådgivning, från läkare efter ett läkarbesök via muntligt eller skriftligt remis, från FK eller SDF genom ett telefonsamtal eller ett personligt besök. Individer har också kunnat söka själva.

ARBETSFORMER

Insatser har gjorts av såväl projektresurser inom vårdcentralen, läkare, sjukgymnast, kurator, sjuksköterska, FK-handläggare som av externa aktörer i samverkan med vårdcentralens aktörer. Exempel på externa aktörer är SDF, Psykiatrin, AF/AMI, andra Deltaprojekt, arbetsgivare, fackföreningsrepresentanter m.fl.

Team

De behandlare på vårdcentralen som är delaktiga i patientens behandling samlas för att göra en gemensam bedömning och planering för patientens fortsatta behandling/rehabilitering. Tid finns avsatt för detta varje vecka. Patienten deltar oftast inte men är informerad om arbetssättet.

Rehabmöten

Så tidigt som möjligt arrangeras när behov finns till ett rehabmöte på VC. Vid mötet deltar förutom patienten, aktuella behandlare, FK och arbetsgivare och ev. andra aktörer. Rehabmötena sker på vårdcentralen för att läkaren ska ha möjlighet att närvara. Vi har också uppfattat att patienten känner sig trygg på VC vilket stöder valet av mötesplats. Vi har ett formaliserat sätt planera och genomföra rehabmötet. Försäkringskassans närvaro innebär ett förhandlingsmandat gentemot arbetsgivaren avseende dennes juridiska skyldigheter, ett förhandlingsmandat som endast FK som rehabiliteringsansvarig myndighet har. Rehabmötet dokumenteras på ett formaliserat sätt såväl i patientens journal som i FK:s akt.

Specialistkonsultationer

En eftermiddag i månaden kommer psykiater och psykiatrisjuksköterska från allmänpsykiatrisk mottagning till vårdcentralen. Under denna eftermiddag kan behandlare på VC få råd angående patienter med psykiska besvär. Psykiatern kan också träffa aktuell patient för en specialistbedömning på vårdcentralen. Avsikten med denna arbetsform är att hitta gränsdragningen mellan psykiatrins specialistansvar och VC:s primärvårdsansvar. Överföringar av patienter mellan vårdnivåerna förenklas och vårdcentralens personal ökar sin kunskap om behandling och ansvarsområden och FK får bättre underlag för sina bedömningar.

Delta-gruppen i Backa.

Gruppen med deltagare från de samverkande myndigheterna, FK, LAN, Primärvård och SDF samt Psykiatrien träffas en gång per månad. I gruppen diskuteras policyfrågor av samverkanskaraktär, utveckling av nya samverkansidéer samt enskilda individer med deras samtycke och s.k. kalkylärenden.

Försäkringskassan på vårdcentralen.

FK:s handläggare arbetar tre dagar/vecka på vårdcentralen. Övriga dagar finns hon på lokalkontoret Hisingen. Där arbetar hon med föredragning av ärenden för försäkringsläkare, hämta "nya" sjukfall till Delta-projektet, hämta och lämna information via personalmöten, utbildningar m.m. samt övriga sedvanliga arbetsuppgifter.

Vem blir Delta-patient?

Kurator och/eller sjukgymnast har aktualiserat patienter till projektet.

Kurator och sjukgymnast har kategoriserat individen till utvärdering enligt Socsam eller enligt Backa-utvärderingen.

MÅLSÄTTNING MED UTVÄRDERINGEN

FRÅGESTÄLLNINGAR INFÖR UTVÄRDERINGEN:

- Hur har det tvärprofessionella arbetssättet och samverkan med andra aktörer utvecklats?
- Har ökad kunskap uppnåtts om patientgrupper och deras behov?
- Har de deltagande aktörerna (personal och ledning) hos de samverkande myndigheterna fått ökade kunskaper om varandras uppdrag kompetens och resurser?
- Har hinder och svårigheter i samverkan kunnat lösas gemensamt?

METODER FÖR UTVÄRDERING

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 (namn) som gav synpunkter på innehåll, metoder samt rapportens utformning. I slutskedet av sammanställandet av denna rapport har dessutom en extern bedömare (namn, position) 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, tertiärrapporter och årsredovisningar har granskats.

UPPFÖLJANDE ENKÄTUNDERSÖKNING

Samtliga individer som 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. 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 DELTA-projekten (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 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) (The EuroQol Group 1990 EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208)., 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 (Utvärdering av SOCSAMs effekter - projektplan. Stockholm: Socialstyrelsen, 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).

BACKA-ENKÄTEN

Projektet i Backa har genom det integrerade arbetssättet med målsättningen tidiga interventioner ett stort flöde av patienter.

Många av dessa patienter får vi kontakt med "tidigt", där patienten ibland inte är sjukskriven eller patienten träffar endast en av de "nya" yrkeskategorierna och det är ej aktuellt med samverkan externt.

Vi utarbetade för denna kategori ett eget, något mindre omfattande enkätmaterial som vi bedömde som möjligt att använda. I denna egna enkät undantogs vissa frågor från den vårdcentralsgemensamma enkäten liksom uppgifter om offentlig försörjning.

Vi har i Backa-enkäten behållit euroqolformuläret som en möjlighet att få pat:s värdering av sin hälsa. Vissa av dessa patienter har, om deras sjukskrivning så småningom överstigit 28 dagar eller om mer aktiv samverkan med andra aktörer skett överförts till Socsam-enkäten.

Utifrån projektets egen Backa-enkät bidrog vi till att specificera några av frågorna i den gemensamma Socsam-enkäten (frågor om huvudorsak till insats och om problemformulering avseende sökorsaker).

Vi har också utvecklat en databas för FK-handläggarens uppföljning av sjukskrivna mer än 28 dagar.

Sjukgymnast Eva Ajax har ansvarat för framtagningen av dessa databaser.

"LOGGBOK":

Aktiviteter inom projektet har kontinuerligt dokumenterats genom minnesanteckningar från möten med Deltametodgruppens och Deltagruppern i Backa.

"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 (bl.a. att denna utvärderingsform med dagbok kom när projektet var i full aktivitet) har det inte varit möjligt för projektet i Backa att föra dagbok på detta sätt.

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:

Reflexioner kring processen baseras på en analys av hinder och diskussion kring dessa samt de regelbundna möten (Delta metod) där projektmedarbetarna har arbetat med att utveckla projektet i olika avseenden.

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

HINDER

Projektet har fortlöpande fört upp på agendan diskussion om "hinder". Då det har ingått i projektets uppdrag att identifiera hinder i samverkan har vi när vi stött på ett sådant hinder skrivit ner det och samlat dessa anteckningar i en särskild mapp för att sedan kunna diskutera lösningar och möjligheter att ta sig över hindren.

GRUPPDISKUSSIONER OCH INDIVIDUELLA INTERVJUER MED NYCKELPERSONER INOM PROJEKTET.

Utöver dessa regelbundna möten har projektledaren haft två möten med de projektanställda för självutvärdering i nov-00 och jan-01. Projektledaren har vid några tillfällen intervjuat FK-handläggaren (kring årsskiftet 00-01) om hennes erfarenheter och vi har haft ett gruppsamtal med läkare och projektanställda (dec-00) för att diskutera erfarenheter från projektet. Dessa träffar har lagts upp som informella diskussioner och intervjuer där anteckningar har förts.

RESULTAT FRÅN UTVÄRDERINGEN

PROJEKTETS FÖRUTSÄTTNINGAR

Organisation

Primärvårdens organisation har förändrats på flera nivåer under projektiden. Från 1998 tillhör primärvården Västra Götalandsregionen och inte som tidigare Göteborgs kommun. Den nya regionorganisationen har inneburit stora förändringar för primärvården. Flera omorganisationer inom ledning och administration har genomförts.

Vid månadsskiftet okt/nov 1998 slogs de två vårdcentralerna i Backa samman till en.

Man fick en gemensam chef som också är verksamhetschef för övriga primärvårdsenheter inom stadsdelen.

Omvärld

Flyttningen sammanföll med den s.k. diskoteksbranden på Hisingen. Personal av många kategorier och från flera myndigheter blev involverade i detta arbete, i krisgrupper i stöd och

behandlingsarbete med patienter och personal såväl i det akuta skedet som under lång tid efter branden.

Personal

Projektet har arbetat integrerat i en stor vårdcentral med ca 20 anställda.

Projektet har inneburit ett tillskott av personal med såväl i vårdcentralssammanhang "nya" professioner som professioner som traditionellt finns på en VC. De nya professionerna är kuratorer, sjukgymnaster och FK-handläggare. Antalet projektjänster är ca 10.

Anledningen till att man fått ett tillskott av personal i ordinarie professioner är att för att kunna arbeta enligt projektets intentioner måste man kunna avsätta tid för teamkonferenser och rehabmöten. Bedömningen har då varit att en extra läkartjänst skulle ge samtliga läkare en visst tidsutrymme för dessa arbetsuppgifter. För läkarnas del var tanken att man genom att ha en extra läkartjänst skulle göra det möjligt för varje läkare att avsätta tid motsvarande

1/8½-dels läkartjänst för teamdiskussioner och rehabmöten

Sjukskötersketid behövs i motsvarande grad och extra sekreterartid för fler anställda samt administration av utvärderingsarbete.

Samtlig personal som nyanställts på vårdcentralen under perioden har rekryterats utifrån "Delta-arbets sättet" dvs tvärprofessionellt arbete i aktiv samverkan med andra aktörer.

Försäkringskassans handläggare har haft sin arbetstid delvis förlagd på VC från projektets början. Från 1999 med en fast arbetsplats och dator uppkopplad till RFV:s centraldator i Sundsvall. Handläggaren har haft 50-75% av sin arbetstid förlagd till VC. Handläggaren ansvarar för största delen av de individer som är sjukskrivna av VC:s läkare.

Psykiaterkonsult (psykiater och psykiatrisjuksköterska) har funnits sedan hösten 1998.

Psykolog från annat Delta-projekt har i varierande och ökande grad haft sin arbetstid förlagd till VC och deltagit i teamsamverkan.

Pengar till ortopedkonsult har funnits men av olika skäl har ingen ortopedkonsult kunnat rekryteras till projektet.

Lokaler

Projektet har från starten ingått i VC:s ordinarie lokaler. Lokalerna har varit otillräckliga och inte i alla avseenden ändamålsenliga. Det finns ett behov av att lokalerna ska kunna användas så flexibelt som möjligt dvs kunna tillgodose behov hos olika yrkesgrupper och för olika patientändamål. Man har efterhand har omdisponerat och byggt om lokaler. Detta har krävt stor flexibilitet hos personalen.

Projektet bedrivs huvudsakligen i vårdcentralens lokaler. Sjukgymnasternas behandling har dock fått förläggas till fyra externa lokaler.

Utrustning

Arbetsredskap och annan utrustning har fått skaffas efterhand i takt med att lokaler har iordningställts. Den tekniska utrustningen avseende bla. telefoner och datasystem har bytts ut och förbättrats efter hand.

Sekretess

Individer som behandlas inom sjukvården har ett lagstiftat skydd mot att uppgifter om dem lämnas ut till obehöriga. Samtidigt är det uppenbart att det i många fall är nödvändigt med

visst informationsutbyte mellan interna och externa vårdgivare för att vård och behandling skall kunna ges på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

Samtliga i projektet ingående patienter har fått information om projektet och fått möjlighet att lämna medgivande (skriftligt eller muntligt) till eventuellt informationsutbyte mellan aktörer samt till att delta i utvärderingen.

Metodutveckling

De projektanställda kuratorerna, sjukgymnasterna och FK-handläggaren har tillsammans med projektledaren haft ett särskilt uppdrag att ansvara för utveckling av arbetsmetoder och samverkansformer, liksom för utvärderingen. Denna grupp har träffats 2 tim/vecka från 1999 för dessa uppgifter. Gruppen har kallat sig Delta metod.

Bemanningsproblem

Under 1998-2000 har omsättningen av personal inom samtliga yrkeskategorier varit stor och för vissa grupper mycket stor. Under 1999 omsattes ca halva personalstyrkan (ca 15 av 30)

Läkargruppen har hela tiden varit underbemannad. Många korttidsvikarier och hyrdoktorer har funnits i verksamheten.

De 8½ läkartjänsterna (inkl 1 projektjänst) har under åren 1999 och 2000 bemannats av ca 20 individer som tjänstgjort i varierande grad och i längre eller kortare perioder. Alla har ej varit allmänläkare. Av dessa har ca 5 varit s.k. hyrdoktorer. Uppskattningsvis har det saknats i genomsnitt 3-4 läkare under perioden.

Bristen på läkare har fått konsekvenser för möjligheterna att genomföra projektets intentioner. Den extra projektläkartjänsten skulle inneburit en möjlighet för de ordinarie läkarna att avsätta tid för teamdiskussioner och annan samverkan.

Även vad gäller sjuksköterskor och sekreterare har omsättningen varit stor, men bemanningen har varit så gott som komplett under perioden.

Av specifik projektpersonal har på två kuratorstjänster fem kuratorer varit aktuella och på psykologtjänst från annat projekt har tre psykologer varit aktuella.

Sekreterare för utvärderingsarbete har funnits endast i perioder.

Endast sjukgymnasttjänsterna har varit fullt bemannade och med samma personer under perioden. Ortopedkonsult har ej kunnat rekryteras.

UTVECKLING AV ARBETSFORMER

Samverkan med SDF

Samverkan med socialförvaltningen sker i enskilda ärenden med respektive socialsekreterare samt när individer diskuteras på Delta-gruppens möten.

Deltagruppen har blivit ett forum för samverkan kring individer. Man har här kunnat diskutera såväl aidentifierade som identifierade individer som då gett sitt medgivande för att få möjlighet att direkt eller indirekt få del av den samlade kompetensen som finns i Delta-gruppen. Ärendena har förberetts hos de samverkande myndigheterna innan gruppens möte och har oftats aktualiserats av SDF:s representant i Deltagruppen. Ansvarig handläggare från respektive organisation har själv kunnat närvara vid gruppens diskussion.

Samverkan med LAN

Har skett genom såväl diskussioner i Deltagruppen som vid gemensamma möten med respektive aktör, patienten och projektpersonal.

UTVECKLING AV SAMVERKAN MED ANDRA PROJEKT.

Projektet i Backa har tagit initiativ till att såväl bjuda in som göra studiebesök hos andra Deltaprojekt. Andra Delta-projekt har setts som en tillgång för projektets rehabiliteringsarbete.

Under projekttiden har det utkristalliserat sig några Delta-projekt som projektet i Backa ofta samverkar med.

Psykologprojektet

Med detta projekt har vi haft fortlöpande kontakt framför allt genom att psykolog från detta projekt tidvis varit stationerad på VC. Patienter har hänvisats till bedömning eller behandling. Den psykolog som nu finns på VC sedan hela år 2000 en dag per vecka har haft öppen tid för akutbedömning av patienter varannan vecka och öppen tid för konsultation till personal i patientärenden varannan vecka.

Unga vuxna

Patienter i åldersgruppen har fått information om projektet och hänvisats.

Hälsodisken

Vi har haft regelbunden kontakt med detta projekt avseende såväl utnyttjande av Hälsodiskens aktiviteter som Hälsoinformationen, Värkstaden, depressionsskola m.m. som diskussion kring de behov vi ser hos våra patienter.

Vi har kontinuerligt upplyst vårdcentralens patienter och andra besökare om Hälsodiskens alla aktiviteter. Vi har en särskild anslagstavla på VC där vi fortlöpande anslår information från Hälsodisken och en pärm med olika samhällsaktiviteter inklusive Hälsodisken som är tillgänglig för alla i väntrummet.

Patienter med värkproblematik informeras regelmässigt av sjukgymnasterna om Värkstaden och patienter med depression informeras regelmässigt av kuratorerna om depressionsskolan.

Arbetsmarknadstorget

Vi har bjudit in representanter projektet för ömsesidig information. Vi har hänvisat patienter till A-torget för fortsatt arbetsrehabilitering. Vi har oftast "överlämnat" patienten genom ett personligt besök där projektets behandlare och FK:s handläggare tillsammans med patienten träffat represententer för A-torget i A-torget:s lokaler.

Ungdomstorget

Vi har bjudit in representant för ungdomstorget till ett möte för ömsesidig information och diskussion om samarbetsformer. Vi har informerat patienter i aktuell åldersgrupp om U-torget.

Riggen

Vi har gjort studiebesök på Riggen. Vi har hänvisat patienter med psykiska besvär till Riggen för sysselsättning, funktionsträning och förberedande arbetsträning. Dessa övergångar har oftast skett genom personliga möten på Riggen där vi följt med patienten till första besök.

UTVECKLING AV ANNAN SAMVERKAN

Företagshälsovård

En representant för en av de stora företagshälsovårdsorganisationerna har inbjudits till och deltagit i en diskussion med Deltametodgruppen kring möjliga samarbetsformer i med företagshälsovården. Uppföljande diskussionsmöte har planerats. Den förändrade lagstiftningen för företagshälsovård har inneburit ett i de flesta fall mindre åtagande från företagshälsovårdens sida, vilket innebär att VC oftare får ta emot patienter som inlett sin behandling eller sjukskrivning hos företagshälsovården. Avseende möjligheter till arbetsplatsanpassning och friskvård är företagshälsovården en viktig samverkanspartner i rehabiliteringen av den enskilde.

PROCESSER FÖR PROJEKTPERSONALEN

Att vara "pilotprojekt".

Projektet i Backa var det första Delta-projektet inom primärvården. Detta har inneburit att mycket projekttid har använts för utveckling av arbetsformer, metoder för utvärdering, informations- och presentationsmaterial, mottagande av studiebesök m.m. Projektet har gett mycket information externt till andra myndigheter, politiker och externa besökare av olika slag.

Under 1999 ansvarade projektet i Backa för eller deltog i presentationer av projektet vid ett tjugotal tillfällen. Studiebesöken kom såväl från andra vårdcentraler eller rehabiliteringsenheter från andra orter i landet som från lokala och regionala politiker och rikspolitiker. Vi besöktes bl.a. av dåvarande socialförsäkringsministern.

Under 2000 hade projektet bl.a. en presentation vid primärvårdens chefsmöte och tog emot ett studiebesök av sjukvårdsnätverk med deltagare från sjukvård i Holland, England och Sverige. Dessa delar av projektarbetet har tagit mycket tid, det kan kännas tungt att "spåra" hela tiden. Det fanns inte erfarenheter att hämta på nära håll inom organisationerna. Samtidigt har vi ökat vår kunskap inom skilda fält och utvecklingsarbetet har kommit att prägla hela vårdcentralens arbete.

Integration

Projektet har utvecklats parallellt med utvecklingen i den ordinarie verksamheten och påverkats av omvärldsförändringar, organisationsförändringar och praktiska förutsättningar av olika slag.

Projektet har integrerats i ordinarie verksamhet på alla nivåer såväl i den kliniska verksamheten som på ledningsnivå.

Projektets resurser är tillgängliga för all personal dvs för alla VC:s patienter i aktuell åldersgrupp.

Projektledaren har deltagit i såväl rekrytering som introduktion av nya medarbetare såväl projektanställda som ordinarie anställda.

Projektledaren deltar i Primärvården Backas ledningsgrupp.

Personalen är väl informerad om projektet och projektpersonalen är helt integrerad i ordinarie personal avseende arbetsplatsträffar, planeringsdagar, utbildning, social samvaro.

Den lokalmässiga integreringen har varit mycket viktig för projektets integration och delaktighet i utvecklingen av verksamheten.

Bristen på sjukgymnastlokaler har nödvändiggjort en snabb utveckling av rehabilitering ut mot friskvård genom att man fått förlägga viss verksamhet vid olika ordinarie friskvårdsinstitutioner.

För Försäkringskassehandläggaren har det ibland varit svårt att tillhöra två organisationer. Man kan känna sig "sliten" mellan såväl prestationsmässiga som personliga förväntningar från båda organisationerna. Det krävs yrkeserfarenhet, flexibilitet och stöd från ledning och arbetskamrater för att klara denna situation.

Team på vårdcentralen

På vårdcentralen avsätts regelbundet tid varje vecka för samtliga läkare, kuratorer, sjukgymnaster och psykolog och FK-handläggare för teamdiskussioner.

1½ tim/vecka finns avsatt för teamkonferenser för samtliga behandlare liksom tid för förberedelse av teamdiskussioner och rehabmöten. Arbetsformerna har utvecklats efter aktuella förutsättningar och behov. Försvårande faktorer har bl.a. varit läkarbristen, personalomsättningen, och bristen på ortopedkonsult.

Personalomsättningen har medfört att mycket projekttid fått användas för att informera nya medarbetare om projektet och arbetssättet.

Projektet har på olika sätt bidragit till att man på VC arbetar utifrån en helhetssyn och att kunskapen om externa resurser hålls aktuell.

Kompetens

Möjligheten till kontinuerligt utbyte av information kring uppdrag, resurser och kunskapsområden mellan projektmedarbetarna och vårdcentralens personal har inneburit en ökad kunskap om det egna uppdraget och hur detta kan sammanfogas med andras uppdrag och resurser. Man har fått möjlighet till möten och gemensamma diskussioner med individer och kring individärenden som gett en ökad kunskap om de olika myndigheternas gemensamma möjligheter att erbjuda den vård och service som den enskilde efterfrågar.

Mötet mellan de kunskapsområden de olika professionerna representerar har gjort det möjligt att dels få ett helhetsperspektiv på vad vårdcentralen kan erbjuda, dels utveckla vårdformer i samverkan utifrån den samlade kunskapen.

En speciell kompetenshöjning avseende intygsskrivande till FK har den kontinuerliga utbildningen av läkare i dessa frågor som FK:s medverkan vid VC inneburit.

Arbetet med projektutveckling och utvärdering har stimulerat till ett ökat intresse på VC för kvalitetsfrågor och verksamhetsuppföljning.

RESULTAT AVSEENDE SAMVERKANSMÅLET

Arbetssättet har integrerats på VC och i stadsdelen. Den kunskap de samverkande aktörerna i området fått om varandra har lett till att man på ett enkelt sätt kan ta kontakt per telefon eller anordna för ändamålet specifika möten för att hitta samverkanslösningar kring patienter där flera aktörer är, eller bör vara, aktiva med insatser av olika slag.

I Deltametodgruppen har rutiner utvecklats för planering inför rehabmöten, struktur på rehabmöten och teamdiskussioner och dokumentationsrutiner för dessa tvärprofessionella och tvärsektoriella aktiviteter.

”Överlämnanden” är en arbetsform vi funnit viktig för att individer ej ska hamna mellan stolarna eller skickas runt i systemen.

Samverkan med socialtjänsten.

Genom samverkan har de personliga kontakterna mellan projektet på VC och socialsekreterarna förbättrats och det har ofta varit lätt för socialsekreterarna att aktualisera ärenden till projektet.

I många fall har detta skett genom gemensamma möten mellan socialsekreterare, individen och någon av de projektanställda. Det har rört sig om individer med ibland långvarig kontakt med socialtjänsten där man kan behöva hjälp med bedömningar av olika slag och ibland akuta ärenden som är i behov av behandlingsinsatser hos någon i projektet.

Under åren 1999 och 2000 har ca 20 individärenden diskuterats i Delta-gruppen i Backa, varav de allra flesta aktualiserats av socialkontoret.

Samverkan med psykiatrin.

Psykiaterkonsultens regelbundna konsultationer har lett till en större kunskap om psykiska besvär och behandlingen av dessa liksom om psykiatrins respektive primärvårdens ansvarsområde och resurser. De regelbundna konsultationerna har lett till att man nu lättare kan identifiera de patienter som behöver den specialiserade psykiatrins resurser och man har fått större kunskap om hur man kan behandla de patienter med psykisk ohälsa som hör till primärvårdens ansvarsområde.

Kontakterna med psykiatrin i stadsdelen har också lett till att projektets sjukgymnaster har kunnat använda lokaler för gruppverksamhet på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen, vilket inneburit att sjukgymnasterna kunnat vidga sin behandlingsrepertoar. Det innebär också en ökad möjlighet till kontakt mellan aktörer med ökad kunskap om och förtroende för varandra.

Samverkan med psykiatrin har lett till en planering av ett nytt och utökat samarbete inför 2001 där projektets patienter vid behov kan få tillgång till funktionsbedömningsgrupper som drivs av arbetsterapeuterna vid den psykiatrisk mottagning Rimmaregatan.

Samverkan med försäkringskassan.

Att FK:s handläggare har haft 50-75% av sin tjänstgöringstid förlagd till vårdcentralen med en egen dator sedan juni 1999 uppkopplad till RFV:s centraldator i Sundsvall har medfört kortare vägar för information och diskussion och bättre beslutsunderlag för såväl sjukpenningrätt som rehabiliteringsinsatser och förtidspension.

Från början hade handläggaren ansvar för såväl VC:s pat som Backabor sjukskrivna av andra läkare. Hennes arbete har genom projektet utvecklats så att hon nu har ansvar för merparten av de individer som är sjukskrivna av VC:s läkare. Det bedöms som mycket viktigt för en framgångsrik rehabilitering att man kan bevaka 28-dagargränsen för att initiera rehabinsatser tidigt och därmed förhindra funktionsförluster genom långa sjukskrivningstider.

Därför ligger fokus på det tidiga. Alla nya och pågående sjukfall över 28 dagar aktualiseras i teamet varje vecka. Då sker en genomgång av aktuell behandling och prognos samt vilka aktörer som är aktuella. Fortsatta insatser planeras. Denna planering följs upp kontinuerligt, vilket innebär att man kan undvika passiv sjukskrivning.

Handläggaren kan få information så tidigt som efter 1-2 veckor, vilket innebär att handläggaren har mer information än man vanligtvis har när man gör fördjupad

sjukpenningrättsbedömning. Den direkta kommunikationen med behandlare medför kortare kommunikationsvägar än de traditionella brevförfrågningarna med ofta långa väntetider.

Arbets sättet skiljer sig från traditionellt kassaarbete genom en ökad fördjupning i de enskilda ärendena, mer personliga kontakter med de sjukskrivna och en ständig dialog med läkare och övriga aktörer på vårdcentralen.

Handläggaren får en konsultativ roll och är en länk mellan vårdcentralen och Försäkringskassan. FK:s närvaro på VC innebär en kontinuerlig "utbildning" av läkarna i försäkringsmedicinska frågor inklusive intygsskrivande i det dagliga arbetet.

En mycket god förutsättning för kunskapsöverföring och förtroendeskapande får man om man finns i samma lokaler med möjlighet till nära och regelbundna kontakter.

Det ger en ökad möjlighet att arbeta med patienten mot ett gemensamt mål så att man inte arbetar åt olika håll och ger patienten olika signaler.

Aktuell behandlare kan genom samarbetet förbereda patienten för den fortsatta handläggningen och tidigare ha rehabiliteringsperspektivet med som en del i behandlingen.

FK är den enda aktör som har tillgång till varje individs hela sjukhistorik.

Tillgången till denna samlade sjukhistorik gör att man inte behöver börja på ruta ett hela tiden och man slipper utsätta individen för upprepade behandlingsförsök som ofta cementerar en känsla av misslyckande hos såväl individen som behandlaren. resultat av

HINDER FÖR SAMVERKAN

Enkla och ganska självklara hinder för samverkan kan vara brist på tid, brist på kunskap om varandras uppdrag och arbetssätt och brist på mötesplatser. Det kan också vara brist på legitimitet för samverkan, brist på stöd från ledningen och brist på förståelse från arbetskamrater. Organisationer kan ha prestationsmätningssystem som inte medger en utveckling av arbetsformer i denna riktning.

De flesta hinder för samverkan kan lösas genom att man har gemensamma samtal mellan behandlare och myndigheter, ibland där individen själv deltar, där man kommer överens om fortsatt handläggning och vem som ansvarar för vad.

De hinder man finner i projekten som omfattar grupper av individer eller som bildar "mönster" eller som går att generalisera ligger oftast på lagstiftnings- regelsystems eller organisationsnivå. Denna typ a hinder är svårare att komma förbi på projektnivå.

Försörjningsfrågans koppling till behandling/rehabilitering.

Ett resultat av samverkan och ökad samsyn är uppfattningen att medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering hör ihop. Det är svårt att skilja det ena momentet från det andra i praktiskt rehabiliteringsarbete.

Den strikta uppdelningen mellan medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering tenderar att försvåra samverkan och förlänga processen.

Lagar och regelverk försvårar vår möjlighet att ta ett samlat ansvar för helheten avseende den totala såväl medicinska, sociala och arbetsmässiga rehabiliteringen och ersättningsformerna under denna period.

Beslut om försörjningsformer och övergång från en försörjningsform till en annan påverkar i hög grad våra möjligheter att samverka på ett enkelt sätt avseende den enskilde individen.

Exempel på detta är bl.a. A-kassans långa karens för dem som sagt upp sig för att de vill byta jobb eller inte kan gå tillbaka till sina vanliga arbetsuppgifter.

Ersättningsformernas olika storlek påverkar också rehabiliteringsprocessen.

Ersättningsnivån för sjukpenning är ca 18 400:-/år, för A-kassa ca 12 760:-/år

och för förtidspension ca 11 000:-/år.

Socialbidraget ger lägsta försörjningsnivå.

De olika storlekarna på ersättning påverkar rehabiliteringsprocessen på ett ibland negativt sätt.

Diagnosens betydelse

Sjukdom (diagnos) idag en viktig "biljett" till samhälleligt stöd avseende såväl behandling som ersättning.

Jämförbara försäkringar saknas för andra funktionsförluster än rent medicinska

Det finns en risk att man onödigtvis skapar sjukroll när man kräver läkarintyg för att få socialbidrag. Det finns också en risk att man inte får adekvat medicinsk behandling när man omfattas av ett annat försäkringssystem än sjukpenning.

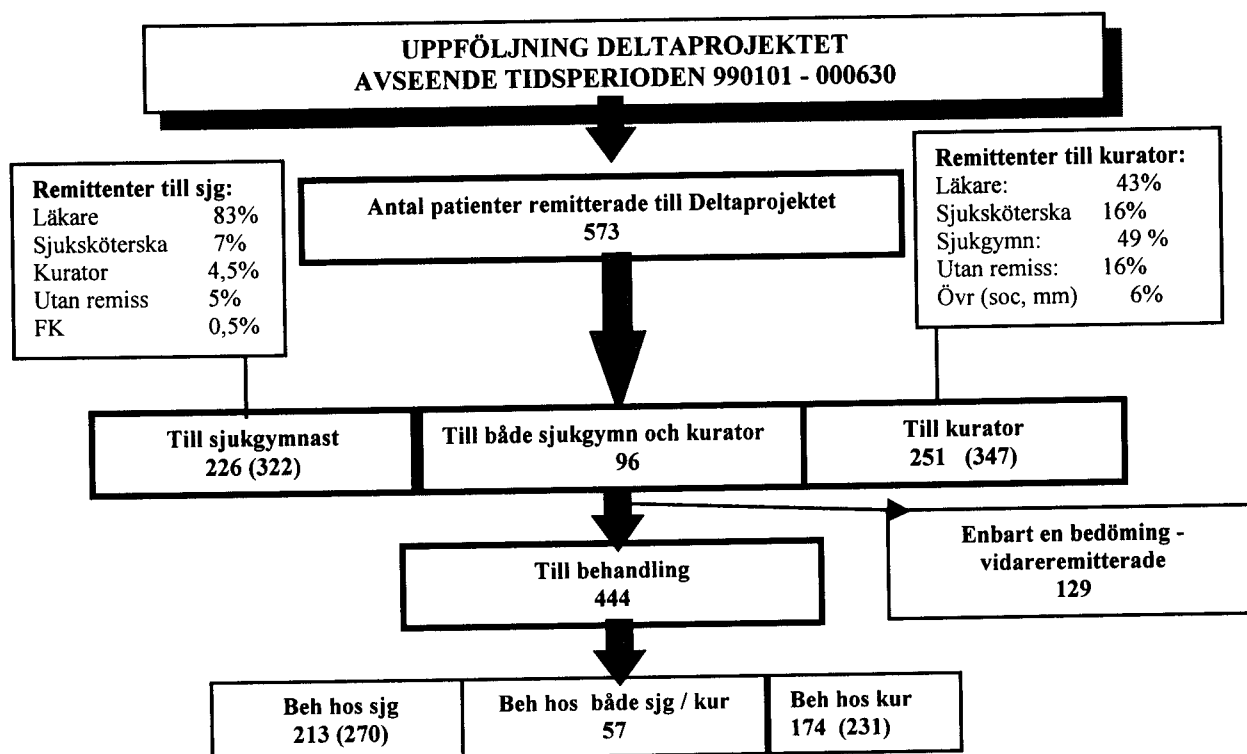
Bemanning

Bemanningsbrister medför vardagliga hinder för projektets möjlighet att utvecklas.

UTVÄRDERING AV INSATSER FÖR DELTAGARE/PATIENTERNA

Antal och profil

Figur 1 visar rekrytering av patienter till projektet under perioden 990101 – 000630. Av de 573 som remitterats till projektet har 129 bedömts vid ett tillfälle och sedan ej erhållit ytterligare insatser inom projektet. Insatser och resultat för övriga 444 patienter redovisas nedan.



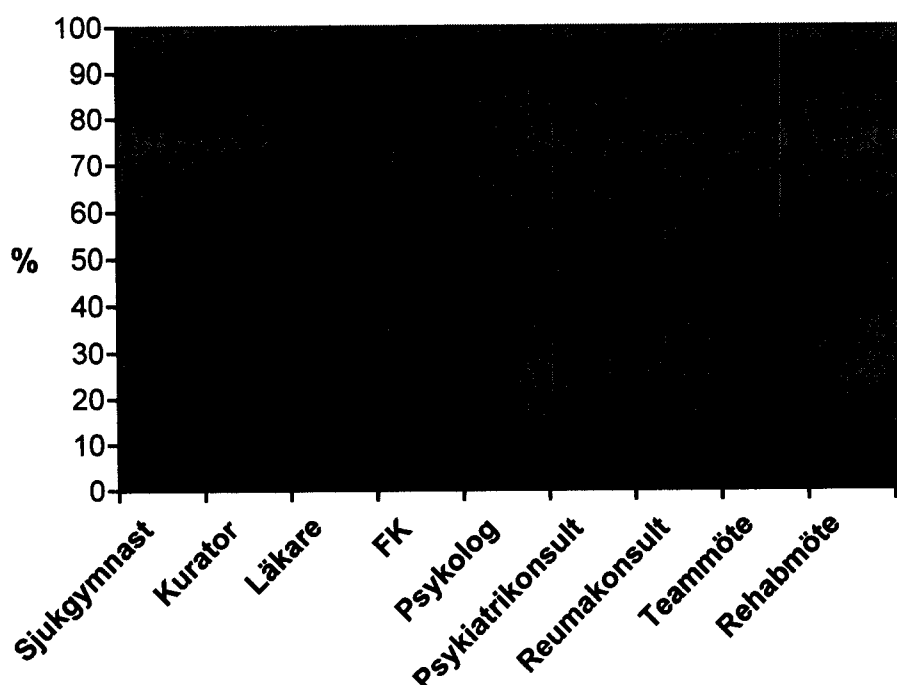
Figur 1. Hänvisning och aktualisering av patienter.

Av projektpatienterna var ca 70% kvinnor. Medelåldern var ca 40 år. 63% hade arbete, 25% var arbetslösa, 5% studerade och 2% var i arbetsmarknadspolitisk åtgärd. 36% hade utländsk härkomst (första eller andra generations), varav de flesta kom från länder utanför Norden.

53% var sjukskrivna då de kom med i projektet (51% helt). Av de som gick till behandling hade ca 48% endast fysiska besvär, ca 39% endast psykiska och eller sociala besvär och 13% både fysiska och psykiska/sociala besvär. Specifika besvär för de som aktualiserades i projektet av sjukgymnast respektive kurator redovisas i figurer i bilaga 1.

Insatser

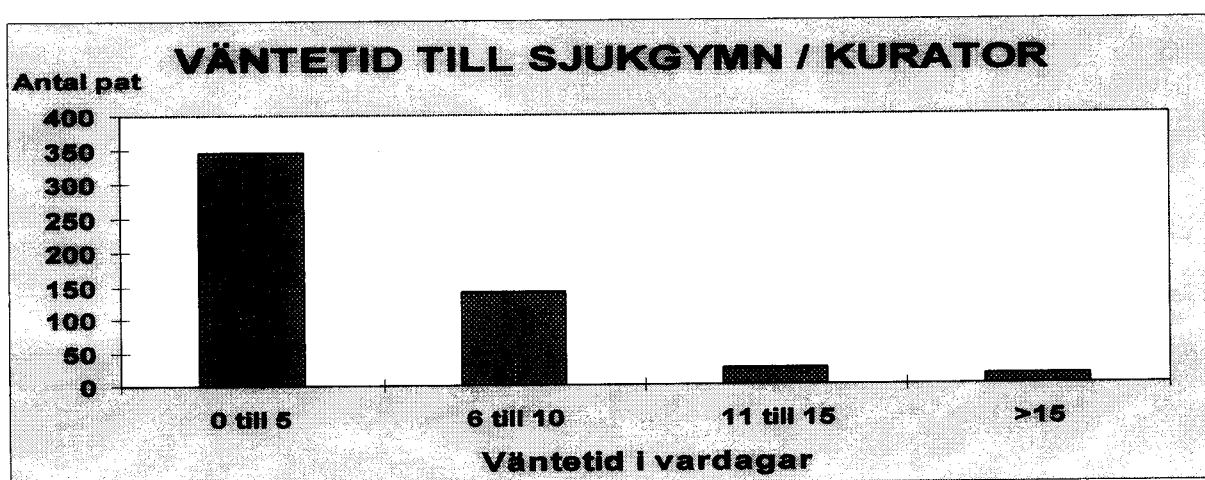
Figur 2 visar vilka kontakter deltagarna haft inom projektet. De flesta hade minst en kontakt med läkare. Mest intensiv kontakt hade emellertid deltagarna med antingen sjukgymnast eller kurator och i många fall även med försäkringskassans representant på vårdcentralen.



Figur 2. Andel av projektpatienter som varit i kontakt med olika personalkategorier

Sjukgymnast respektive kurator koordinerade insatserna och stod för flest behandlingstillfällen. Emellertid var antalet behandlingstillfällen 5 eller mindre för 50% av de som träffade kurator och 40% av de som träffade sjukgymnast (se bilaga 2).

Väntetiderna till sjukgymnast och kurator var i allmänhet korta (figur 3)



Figur 3. Väntetider till sjukgymnast och kurator.

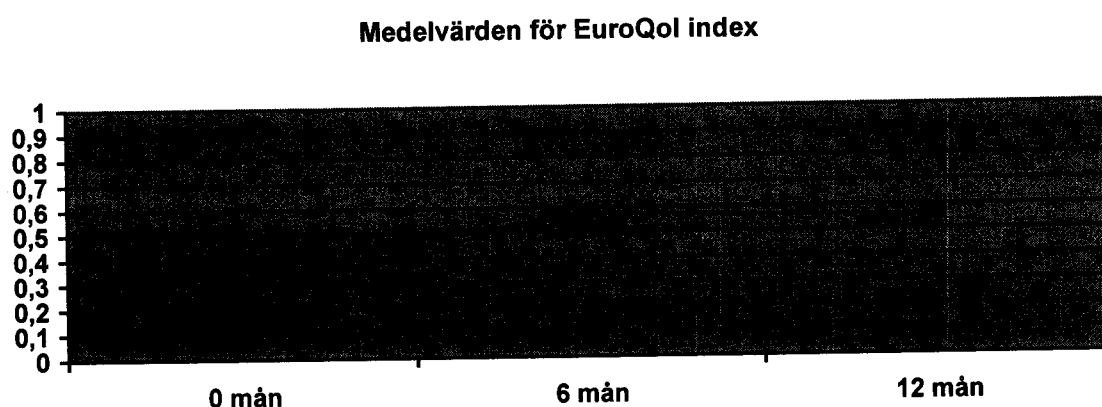
Av de som varit i kontakt med sjukgymnast har 56 deltagit i basal kroppskännedom, 50 slussats ut till friskvård via provkort till "folkgymet" Backa, 47 deltagit i Bassänggrupp på Kärrabadet med möjlighet att fortsätta i annan regi och 28 har slussats ut till övrig friskvård.

Resultat

Sjukskrivning. 237 patienter var sjukskrivna vid behandlingsstart hos sjukgymnast eller kurator; 227 helt och 10 halvt sjukskrivna. Vid avslut hade 151 (62%) av patienterna reducerat sin sjukskrivningsgrad (se bilaga 3, figur 1). Sjukskrivningsgraden var oförändrad hos 90 patienter; varav 74 patienter var helt och 4 patienter halvt sjukskrivna. 8 patienter hade erhållit förtidspension, 1 ålderspension och 3 patienter hade fått sjukbidrag. I gruppen remitterades 42 patienter vidare till annan vårdinrättning. 7 patienter avbröt behandlingen.

Av de 147 som vid tidpunkten för avslut i projektet hade reducerat sjukskrivning blev endast ett fåtal ånyo sjukskrivna efter 6 respektive 12 månader (se bilaga 3, figur 2).

Hälsotillstånd. För gruppen som avslutat behandling (370) var medelvärde för EuroQol index 0,375 vid första mättillfället. Av dessa har 204 respektive 115 hittills mätts med avseende på EuroQol också efter 6 och 12 månader. Det har skett en ökning mellan 0 och 6 månader men ingen nämnvärd förändring mellan 6 och 12 månader (figur 4). Selektionen mellan de tre mättillfällena gör dessa data något svårtolkade.



Figur 4. Förändring av medel EuroQol index.

333 patienter har varit möjliga att utvärdera med avseende på personalens bedömning av måluppfyllelse respektive patientens bedömning av resultatet av insatserna vid avslutning i projektet. Personalen bedömde att hel måluppfyllelse uppnåts för 75% av patienterna medan målen delvis uppnåddes för 5% och ej alls för 20%. Av patienterna bedömde 35% att de blivit mycket förbättrade, 48% att de blivit något förbättrade och 16% att de ej blivit förbättrade.

REFLEXIONER/SLUTSATSER

SOCSAM- en förutsättning

DELTA-projektet på Hisingen innebar en ekonomisk förutsättning och ett organisatoriskt stöd för projektet i Backa. DELTAs övergripande organisation gav legitimitet inom de samverkande myndigheterna åt de idéer och det arbetssätt som växte fram ur de gemensamma diskussionerna bland professionella i stadsdelen.

Att arbeta i ett projekt integrerat i ordinarie verksamhet.

Att arbeta integrerat innebär både svårigheter och möjligheter.

Man utvecklar arbetsformer tillsammans med den ordinarie verksamheten på ett sätt som gör att arbetsformerna anpassas till verksamhetens uppdrag och förutsättningar. På så sätt implementerar man arbetsmetoder direkt.

Avgränsningar som krävs när verksamhet drivs i projektform kan vara svåra att göra.

Det kan gälla arbetsuppgifter, budgetuppföljning och utvärdering.

Utvecklingsarbete tillsammans med primärvårdens ekonomifunktion har tillkommit som en ej förutsedd del av projektet.

Under en övergångsperiod pågick såväl Dagmar- som Deltaprojekt parallellt.

I projektet har ingått att informera på vårdcentralen om projektets mål och arbetsformer. Möjligheten att rekrytera samtliga nyanställda utifrån projektets arbetsformer har underlättat genomförandet av denna uppgift. Personalomsättningen bland främst läkare har inneburit att detta krävt mer projekttid än förväntat.

Utvärdering

Av projektansökan framgick att projektet i Backa ville ha hjälp med utvärderingen. Detta på grund av erfarenheterna från Dagmarprojekten där det var svårt att utvärdera projekten utan utvärderingsinstrument från projektstart. Ett resultat av arbetet med utvärderingen av Delta-projektet i Backa har blivit ett ökat intresse att utveckla de egna organisationernas eget statistik-, utvärderings- och kvalitetsarbete. En kunskapsvinst är att genom tillgång till andra myndigheters statistik går det att få ökad kunskap om den egna organisationen. FK:s kartläggning av sjukskrivningsmönster 1997-2000 har bl.a visat i vilken grad och för vilka diagnoser primärvården sjukskriver Backabor. Man har sett att andelen individer som är sjukskrivna av primärvården har ökat.

Delta-projektet i Backa var pilotprojekt avseende utvärderingen, vilket innebar att mycket projekttid användes i slutet av 1998 och under 1999 för att pröva olika metoder och tekniker för datainsamling och dataregistrering.

Arbetet med att utveckla innehållet i och teknikerna för datainsamling och databearbetning har tagit mer projekttid i anspråk än det gått att förutse.

Det fanns och finns i projektet i Backa en önskan att kunna använda befintlig statistik från primärvårdens statistikdatabas (då kallad HEKLA) och diskussioner fördes vid årsskiftet 1998/99 med företrädare för PV:s IT-avdelning.

Denna statistikdatabas var då under utveckling och ännu inte i full drift. Det innebar att det vid denna tidpunkt (början av 1999) inte var möjligt att bedöma om det skulle gå att hämta erforderlig statistik ur denna.

Projektet i Backa har tillsammans med övriga vårdcentralsbaserade projekt haft fortsatta diskussioner med IT-ansvariga på olika nivåer inom primärvården för att arbeta för en utveckling av primärvårdens statistikdatabas som på sikt kan göra det möjligt att hämta data för utvärdering direkt ur denna.

Tidsperspektivet

Det tar tid att utveckla nya arbetsmetoder och införliva dem i organisationernas arbetssätt. Det innebär att tid måste avsättas för diskussion om och tillämpning av nya arbetsformer. Det krävs också att projekt sträcker sig över flera års tid för att kunna utveckla och förankra nya arbetsformer.

Hinder

Möjligheten att komma över hinder för samverkan försvåras i vissa fall av lagstiftning, regelsystem och organisationernas utformning.

För att kunna lösa dessa hinder krävs ett forum med mandat att hantera dessa frågor.

Bemanning

Denna typ av projekt är svåra att genomföra effektivt utan tillräcklig läkarbemanning. Verksamheten måste organiseras på annat sätt om projektpersonal med annan kompetens ska kunna kompensera läkarbristen. Ett exempel på detta är att endast intyg skrivna av läkare godkänns som underlag för försäkringskassans beslut om ersättningar.

Den bristande bemanningen på vårdcentralen avseende framför allt läkare medför förlängda handläggningstider. Avsikten med en "extra" projektläkartjänst var att de ordinarie läkarna skulle kunna avsätta viss tid för teamkonferenser och annan samverkan. Vid konstant läkarunderskott blir detta svårare att genomföra och svårare att "marknadsföra".

Hög personalomsättning innebär att projektpersonal får använda mer tid än planerat för kontinuerlig information till nyanställda och kontinuerligt förankringsarbete.

Interna väntetider ökar vid underbemanning

Läkarvikarier och s.k. hyrdoktorer tenderar att förlänga sjukskrivningstiderna då de ej vet när patienten kan följas upp av annan doktor.

Andra läkarspecialister än distriktsläkare har svårare att arbeta utifrån helhetsperspektiv och områdesansvarstanken.

Bristen på ortopedkonsult har ofta inneburit långa väntetider till ortopedbedömning och stora svårigheter till samråd då patienterna haft kontakt med olika ortopeder såväl på sjukhusen som privatpraktiserande ortopeder.

Det är ofta långa väntetider till operation och andra specialistbedömningar.

Omvärld

När FK:s handläggare började arbeta på VC fanns ca 50 pågående sjukfall, nu finns ca 120. Denna förändring kan ha flera orsaker. Sjukskrivningarna ökar generellt. Primärvården har övertagit en ökad andel patienter som tidigare sjukskrevs av sjukhusen. Läkarbrist och kontinuitetsbrist förlänger sannolikt såväl rehabiliteringsprocessen som sjukskrivningens längd. De långa sjukfallen ökar. De "nya" diagnoserna ökar.

Referenser:

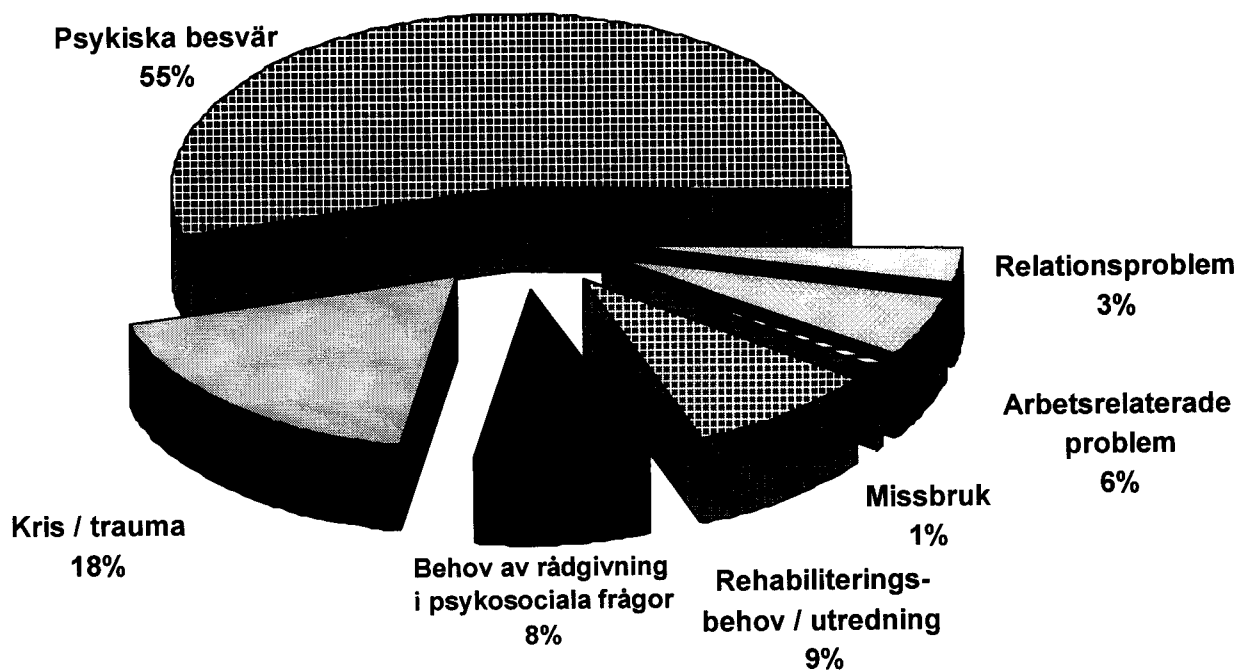
Eva Ajax: Tidig bedömning av patienter i primärvård. Ett Dagmarprojekt om samarbete mellan distriktssjukgymnast och distriktsläkare.

Annika Lundin: Kurator på vårdcentral. Rapport från projektet 1992-1997.

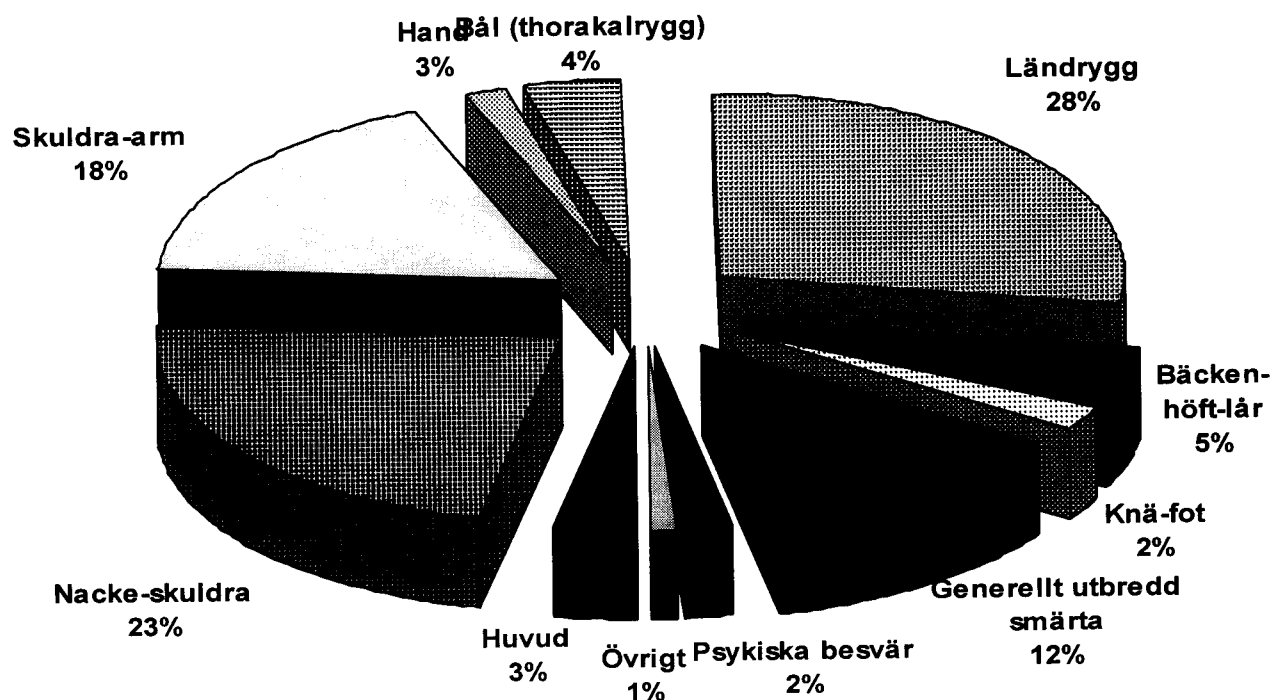
Tina Björk: Hälsobeskrivning för Backa. 2000

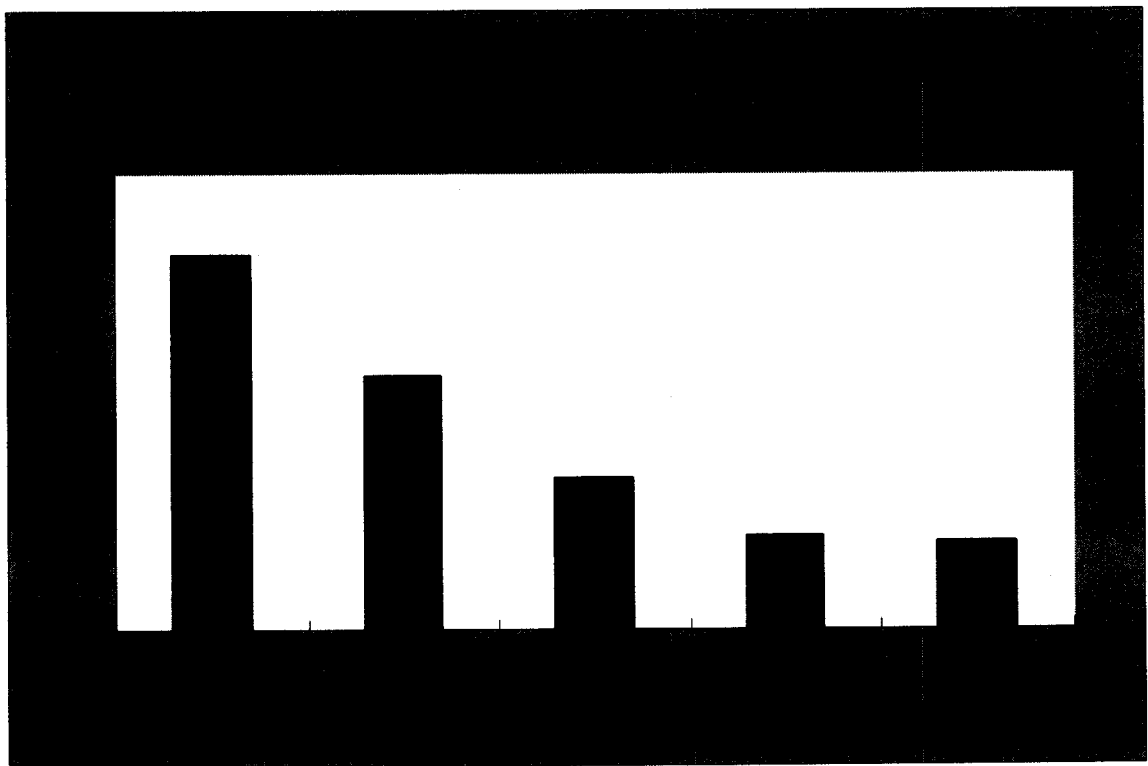
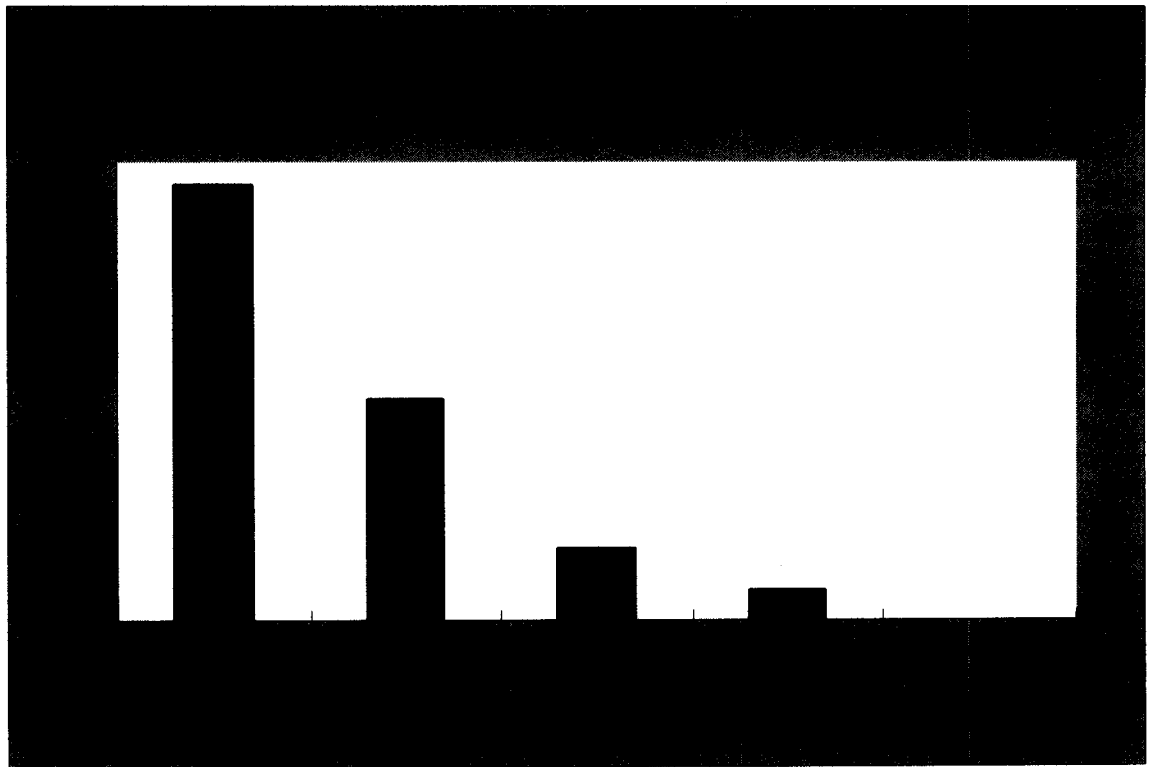
Försäkringskassan Hisingen:
Kartläggning av sjukskrivna på Hisingen 1997, 1998 och 2000.

PROBLEMATIK patientgrupp för kurator



BESVÄRSLOKALISATION SJUKGYMN





Bilaga 3 figur 1

