VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Slutrapport

Datum: 2016-03-22
Utgåva: Fastställd

Dnr: VLL 1831-2014

Översyn av rehabiliteringsverksamheten inom VLL

Hur nyttjas rehabiliteringsresurserna i länet ur ett patientperspektiv där jämlik vård är ledstjärnan?

Uppdragsägare: Karin Ahnqvist

Uppdragsledare: Sofie Tängman
Kontakt – e-post: sofie.tangman@vll.se

Sammanfattning

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden har en kartläggning av Västerbottens läns landstings rehabiliteringsverksamheter genomförts. Kartläggningen ingår i ett långsiktigt arbete med syftet att se över hur rehabiliteringsresurserna i länet nyttjas ur ett patientperspektiv och där jämlik vård är ledstjärnan.

Kartläggningen har genomförts av en arbetsgrupp under 2015. En webbenkät till verksamhetschefer och profession har skickats ut, vilket utgör huvuddelen av materialet. Övrigt underlag som inhämtats är bland annat intern och extern statistik, intervjuer med ansvariga för rehabilitering samt nationella rapporter. Kartläggningens resultat presenteras i sex huvudområden som tar sin utgångspunkt i uppdraget från hälso- och sjukvårdsnämnden.

Kartläggningen visar att det inte finns en enhetlig syn vad gäller rehabilitering i landstinget, vilket delvis bedöms bero på att det saknas tydligt definierade och landstingsövergripande mål, uppdrag och prioriteringar för berörda yrkesgrupper men också att det saknas samordning och struktur för rehabiliteringsfrågor på landstingsnivå. Även nationellt är området fragmenterat och komplext.

Enkäten visar att inom de verksamhetsområden där rehabilitering är en förhållandevis stor del av verksamheten är det mer vanligt förekommande med dokumenterade målsättningar, prioriteringsområden, avgränsningar samt uppföljning av resultat och möjligheten att ta del av dessa. Många av verksamheterna har också identifierat framgångsfaktorer samt förbättringsarbete som pågår eller som man ser behov av.

Verksamhetschefer och profession upplever att det finns patientgrupper som inte får den rehabilitering de behöver såväl som att det finns insatser man ser behov av men som inte kan ges. Hinder för både intern som extern samverkan uppges finnas, men även här har verksamheterna identifierat förbättringsområden och framgångsfaktorer. Ett fortsatt behov av arbete för att uppmärksamma, bedöma och tillgodose patientens behov av rehabilitering har identifierats liksom fortsatt behov av arbete för att stärka patientens delaktighet.

Vad gäller rätt använd kompetens framkommer att det finns potential för bättre resursutnyttjande genom överförande av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Det finns även behov av ett utvecklat kollegialt stöd och samordning för att säkerställa en jämlik vård i länet samt att driva utveckling och utbildningsfrågor inom respektive yrkens kunskapsområden. Vidare saknas specialisttjänster för vissa yrkesgrupper.

Statistik vad gäller resurser för de yrkesgrupper som ingår i kartläggningen är svårt att ta fram på aggregerad nivå, då vissa yrkesgrupper saknas och andra yrkeskategorier slås ihop under gemensamma rubriker där det är oklart vilka som ingår. Detta gäller både inom VLL och nationellt. Vidare är användbarheten begränsad då statistik avseende resurser inte kan matchas mot tydliga uppdrag.

Utifrån de iakttagelser som framkommit i kartläggningen har följande förslag på utvecklingsområden lämnats:

Verksamhets- och ansvarsområden

- Definiera och fastställa uppdrag och ansvarsområden för rehabilitering inom sluten vård och öppenvård och mellan vårdnivåer i länet.
- Tydliggöra målsättning och prioriteringar för rehabilitering i länet.
- Genomföra en djupare analys av respektive yrkesgruppers produktionstal, vilket bör ske i samspel med arbetet med att definiera och fastställa uppdrag och ansvarsområden för rehabilitering.

Rehabiliteringskedjan

- Fortsatt utveckling av arbetssätt för att främja och säkerställa att patienten är delaktig i sin vård och behandling.
- Fortsatt utveckling av arbetssätt för att säkerställa att patientens behov av rehabiliteringsinsatser uppmärksammas och att planering sker på ett systematiskt och strukturerat sätt utifrån individens behov och förutsättningar.
- Fortsatt utveckling för att säkra kritiska övergångar i rehabiliteringsprocessen.

Uppföljning och utvärdering

- Utveckla sätt att följa upp rehabiliteringsbehov, resurser och resultat på övergripande nivå.
- Utveckling av länsgemensamma bedömningsinstrument och kvalitetsindikatorer.
- Samla in information om och utvärdera effekt av de metoder och arbetssätt som provas.
- Mötesplatser/forum för erfarenhetsutbyte (av exempelvis förbättringsarbete och framgångsfaktorer) och kompetensutveckling.

Roller och ansvarsfördelning

- Fortsatt arbete med kompetensutveckling och kompetensförsörjning för rehabiliteringspersonal.
- Rätt kompetens och rätt person på rätt plats. I samband med fastställande av yrkesgruppernas respektive uppdrag: Kan arbetsuppgifter överföras för bättre resursutnyttjande?
- Översyn av specialisttjänster inom rehabiliteringsprofessionerna.
- Kompetensstegar för rehabiliteringsprofessionerna.
- Överföra vissa arbetsuppgifter till vårdnära service?
- Överföra vissa arbetsuppgifter till medicinska sekreterare?

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund 5

2. Uppdragsresultat jämfört med uppdragsmål 5

2.1. Uppdragsmål 5

2.2. Utfall resultat 6

2.3. Effektmål/Nyttoeffekt 21

2.4. Uppföljning effektmål/nyttoeffekt 21

2.5. Utfall tidsplan 25

2.6. Utfall resurser 25

3. Överlämning/leverans av uppdraget 25

4. Erfarenheter och observationer 27

1. Bakgrund

I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport från april 2014 uttalades att ett arbete skulle påbörjas för att se över hur rehabiliteringsresurserna i länet nyttjas ur **ett patientperspektiv och där jämlik vård är ledstjärnan**. Det framgick att åtgärden kunde ses som en del i ett långsiktigt effektiviseringsarbete inom nämndens verksamhetsområden.

Via beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden den 23 oktober 2014, § 125, respektive den 22 januari 2015, § 12, bildades en arbetsgrupp med uppdraget att genomföra en översyn av rehabiliteringsverksamheten inom det paramedicinska området i Västerbottens läns landsting (VLL). Arbetsgruppen har letts av en verksamhetutvecklare från staben för verksamhetsutveckling med administrativt stöd från staben för planering och styrning. Arbetsgruppen har även bestått av yrkesutvecklarna för fysioterapi och arbetsterapi samt medverkan från primärvårdens PUR-enhet (Primärvårdens Utvecklingsråd).

2. Uppdragsresultat jämfört med uppdragsmål

2.1. Uppdragsmål

Det övergripande syftet, såsom det formulerades i besluten fattade av hälso- och sjukvårdsnämnden, är att i framtiden kunna säkerställa en rehabiliteringsverksamhet som kännetecknas av:

- Likvärdig rehabilitering i hela länet
- Rättvist nyttjade resurser
- Rätt rehabilitering på rätt nivå
- Säkerställande av en obruten rehabilitering
- En förbättrad samverkan med primärvård och kommuner
- Säkerställande av arbete enligt Rätt Använd Kompetens (RAK)

Översynen skulle dock enligt beslutet i hälso- och sjukvårdsnämnden i ett första steg endast fokusera på kartläggning av följande områden:

- Rehabiliteringskedjan
- Roller och ansvarsfördelning
- Hur resurser är fördelade över länet
- Omvärldsbevakning

Arbetsgruppen har därför formulerat följande mål för översynen:

Resultatet av detta uppdrag ska vara en tydlig, rättvisande och användbar kartläggning av rehabiliteringsverksamheten inom Västerbottens läns landsting.

2.1.1 Definitioner och begrepp

Rehabilitering

I denna kartläggning tillämpas Socialstyrelsens definition av rehabilitering;

> Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.
>
> Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.
> http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=664

Jämlik vård

En jämlik och likvärdig vård innebär inte givet att vård ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt. Vårdanalys (myndigheten för vård- och omsorgsanalys) har genomfört en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt gett förslag på eventuella åtgärder. Av rapporten framgår att vården blir ojämlik när skillnader uppstår som inte kan förklaras av att patienter har olika behov eller förutsättningar. Dessa kan medföra betydande konsekvenser för utsatta patienter/grupper. Av rapportens slutsatser framgår att ojämlikhet mellan landsting påverkas av hur vården är organiserad samt tillgången till specialistkompetens och utrustning. Detta innebär att olika landsting ger olika behandling till patienter trots att de har identiska förutsättningar. Lokala behandlingstraditioner påverkar dessa skillnader.
http://www.vardanalys.se/Rapporter/2014/En-mer-jamlik-vard-ar-mojlig---Analys-av-omotiverade-skillnader-i-vard-behandling-och-bemotande/

2.2. Utfall resultat

Kartläggningen omfattar samtliga verksamheter och alla personalgrupper som arbetar med rehabilitering inom offentligt finansierad vård i Västerbottens läns landsting. Material till kartläggningen har inhämtats dels via en enkät riktad till professionen och dels via en enkät till berörda verksamhetschefer. De professioner som ingår är arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, logoped, psykolog, rehabkoordinator och rehab-assistent/undersköterska med rehabiliterande arbetsuppgifter. I kartläggningen ingår även audionom, optiker samt syn- och hörselpedagog inom habiliteringsverksamheten.

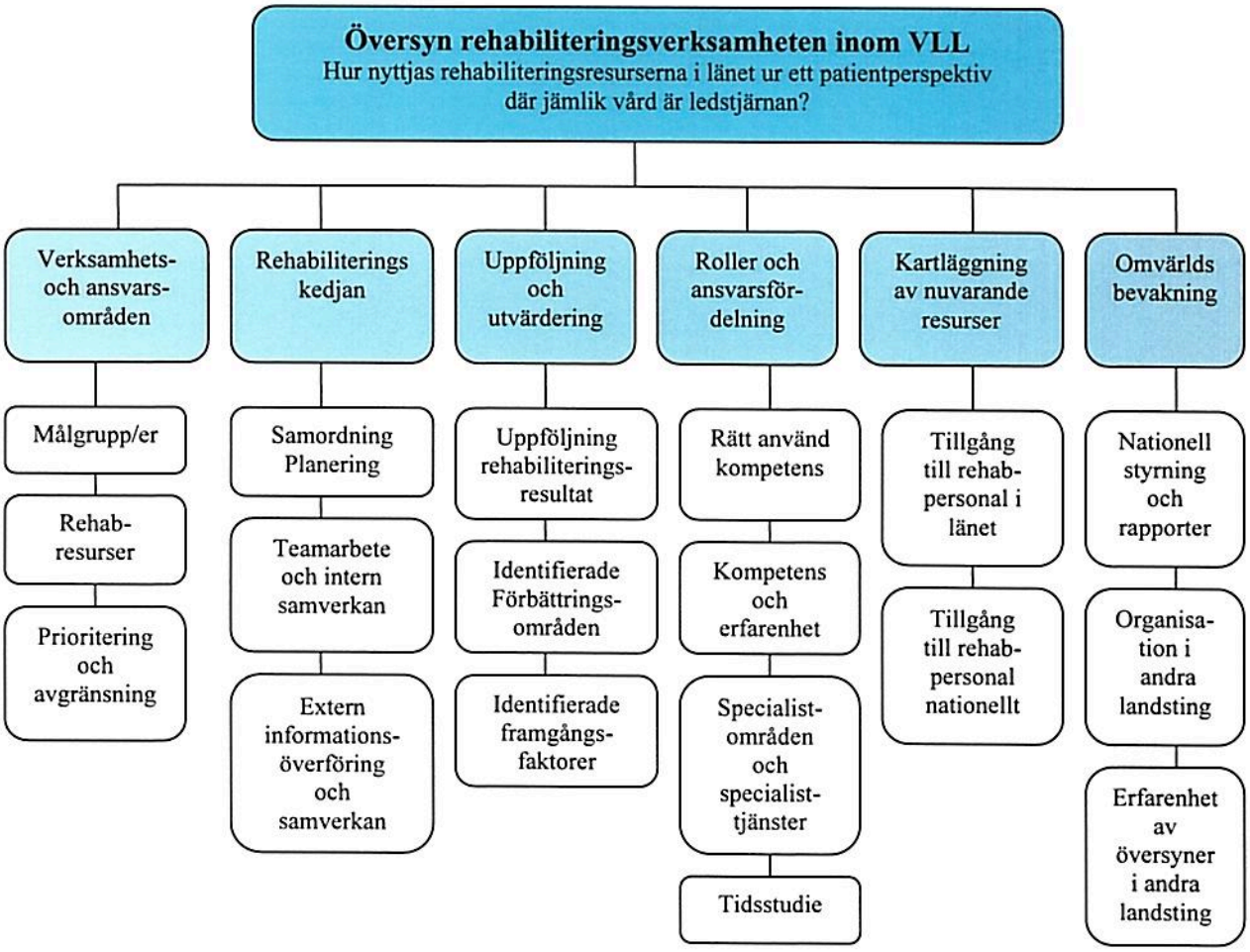
I enkäten till professionen har även ingått en tidregistrering där de svarande har fått ange hur mycket tid de uppskattar att de ägnat till olika arbetsuppgifter under fem arbetsdagar i följd samt en registrering av sex patienters vårdförlopp.

I redovisade resultat från enkätundersökningen är det i första hand verksamhetschefer och professionens upplevelser som utgör grunden i presenterad data.

Övrigt underlag som inhämtats är:

- Intern statistik och uppgifter via Diver och andra system.
- Extern statistik framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.
- Intervjuer med ansvariga för rehabiliteringsverksamhet inom VLL och andra landsting samt rapporter och information på hemsidor.

Kartläggningens resultat presenteras i sex huvudområden med underrubriker som beskrivs i översiktsbilden nedan.



Översiktsbild över de områden som kartläggningen indelats i

2.2.1. Rehabiliteringsbegreppet

Erfarenheter av enkätundersökningen visar att tolkning av vad som menas med rehabilitering varierar inom och mellan olika verksamheter/enheter och yrkesgrupper. Det har visat sig utifrån frågeställningar i samband med enkätutskick, inkomna svar samt att enheter bedömt att de inte har patienter som har behov av rehabiliterings-insatser trots att de har rehabiliteringspersonal anställd i verksamheten. Även hur integrerat och inarbetat det rehabiliterande förhållningssättet är tycks skilja sig mellan enheter och verksamheter.

2.2.2. Svarsfrekvens och tillförlitlighet i enkätundersökningen

Av de totalt 813 personer i professionen som webbenkäten skickades till besvarades den av 452 (56 %). Av de personer som besvarade enkäten var 59 (14 %) i huvudsak verksamma inom södra Lappland, 99 (23 %) i Skellefteåområdet och 301 (70 %) i Umeåområdet. Ett trettiotal personer tog aktiv kontakt via telefon eller mail för att informera om att de tillhörde helt andra yrkesgrupper, t.ex. perfusionister (medicinskt utbildad person som sköter hjärt-lungmaskinen under operation), och därmed inte skulle ingå i enkätundersök-ningen. Vidare har rehabiliteringspersonal vid hjälpmedelscentrum och i teamet för hjärnskaderehabilitering för barn inte deltagit i enkäten (totalt 20 personer). I en bortfallsanalys som genomfördes framkom att ytterligare 36 personer inte arbetar med rehabilitering.

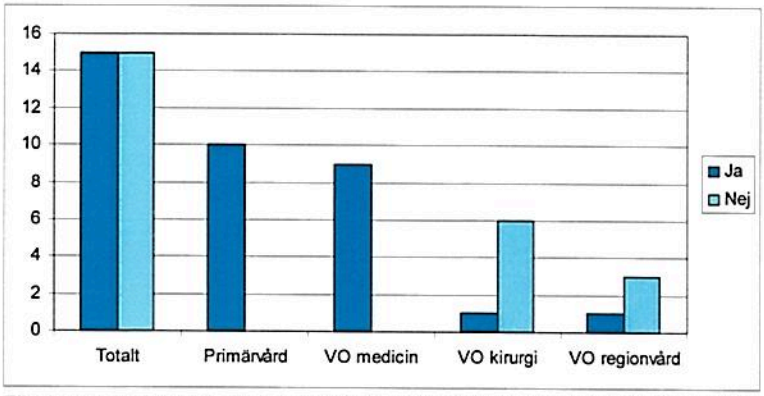
Endast 33 personer (45 %) besvarade enkäten riktad till verksamhetschefer. Svarsfrekvensen var högst inom verksamhetsområde (VO) Medicin, följt av VO Regionvård. Hur stor del av enkäten som respektive verksamhetschef valde att besvara varierade kraftigt. Majoriteten av de som besvarat hela enkäten är verksamhetschefer som har rehabilitering väl integrerad i sin verksamhet. Frågor gällande verksamhetens bemanning har i efterhand inhämtats från de verksamhetschefer som inte lämnat dessa uppgifter i enkäten.

Den förhållandevis låga svarsfrekvensen hos såväl verksamhetschefer som rehabiliteringspersonal gör att vissa frågor i kartläggningen inte har ett väl underbyggt underlag. Ytterligare faktorer som påverkar tillförlitligheten i kartläggningen är den varierande tolkningen av vad som menas med rehabiliteringsbegreppet och hur väl rehabilitering är integrerad i respektive verksamhet.

2.2.3. Verksamhets- och ansvarsområden

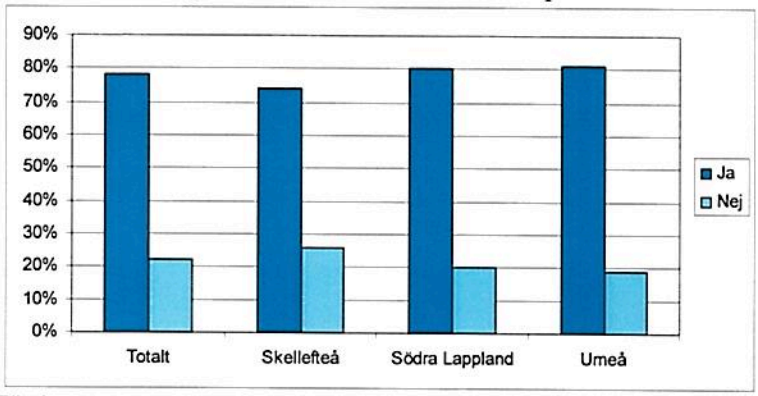
Målgrupper och resurser för rehabilitering

Endast 15 av 30 verksamhetschefer angav att de hade dokumenterad målsättning och/eller inriktning formulerad för rehabilitering inom sin verksamhet. I nedanstående tabell redovisas chefernas svar per verksamhetsområde.



Förekomst av formulerad dokumenterad målsättning och eller inriktning enligt verksamhetschef (n=30)

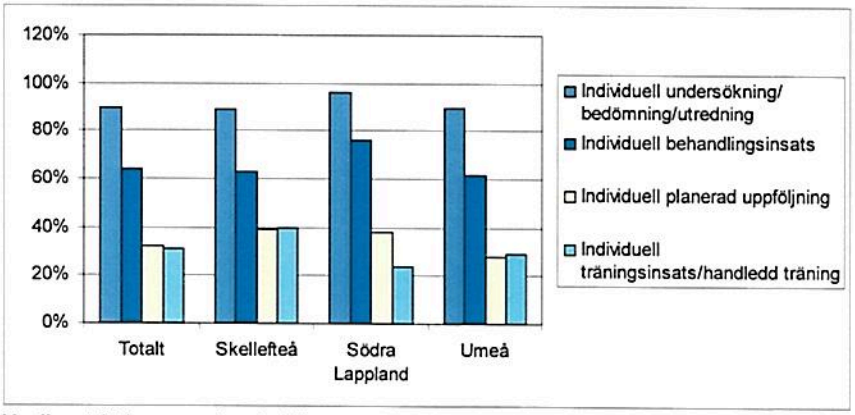
Av totalt 370 i professionen som besvarade frågan svarade 288 (78 %) ja. I nedanstående tabell redovisas professionens svar utifrån respektive länsdel.



Förekomst av dokumenterad målsättning och eller inriktning enligt professionen (n=370)

Endast fyra av totalt 32 verksamhetschefer svarade ja på frågan om det finns möjlighet till kulturspecialiserad rehabilitering exempelvis för patienter tillhörande nationella minoriteter och/eller utlandsfödda inom deras verksamhet. Av de verksamhetschefer som svarade ja finns tre i primärvård och en inom VO Medicin. Av 413 i professionen svarade endast 27 (9 %)ja, av dessa är 10 verksamma i primärvård och 16 inom VO Medicin.

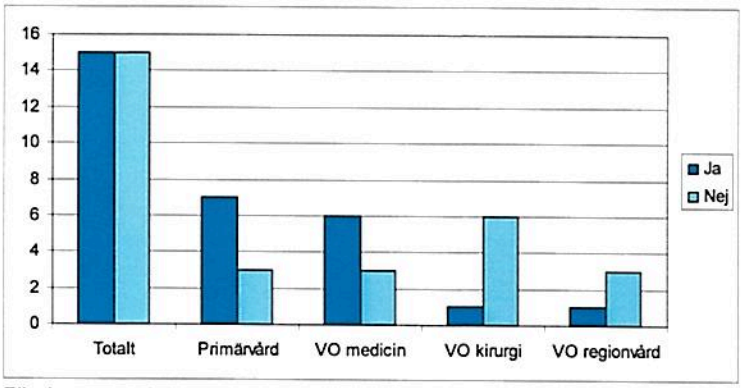
Vanligast förkommande rehabiliterande insatser är, enligt verksamhetschefer och professionen, individuell undersökning/bedömning/utredning. Hur vanligt förekommande olika insatser är varierar i länet. I nedanstående tabell redovisas professionens svar utifrån respektive länsdel.



Vanligast förkommande rehabiliterande insatser enligt professionen (n=382)

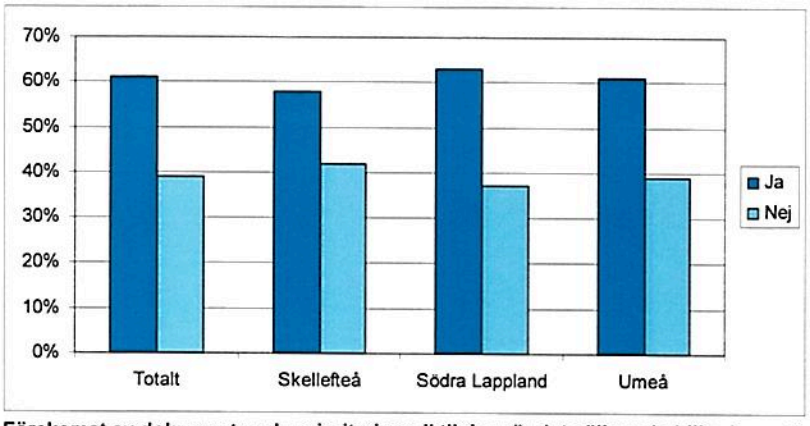
Prioritering och avgränsning

Hälften av verksamhetscheferna angav att de hade dokumenterade prioriteringsriktlinjer när det gäller rehabilitering inom sin verksamhet. I nedanstående tabell redovisas chefernas svar per verksamhetsområde.



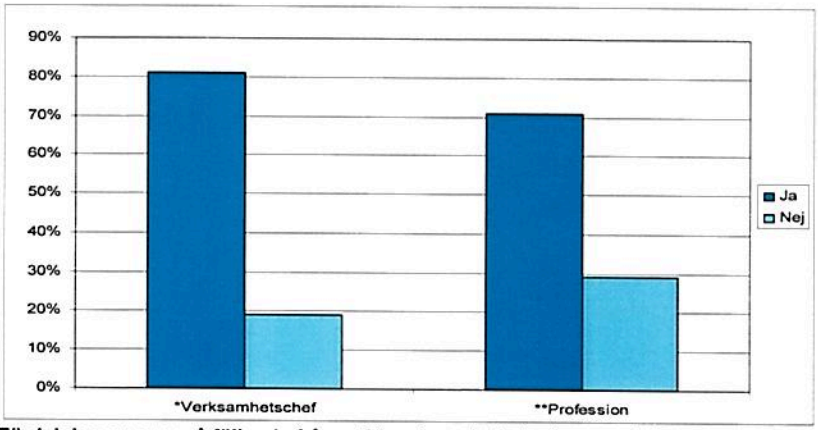
Förekomst av dokumenterade prioriteringsriktlinjer när det gäller rehabilitering enligt verksamhetschef (n=30)

I professionen svarade 225 (61 %) ja. I nedanstående tabell redovisas professionens svar utifrån respektive länsdel.



Förekomst av dokumenterade prioriteringsriktlinjer när det gäller rehabilitering enligt professionen(n=370)

I enkäten till verksamhetscheferna ställdes frågan om det finns patientgrupper inom det egna ansvars/upptagningsområde som inte får tillräckliga rehabiliteringsinsatser utifrån behov. En liknande fråga ställdes till professionen. Andelen som svarade ja respektive nej redovisas i nedanstående tabell. De som svarade ja på frågan var jämnt fördelade över länet och mellan primärvård och sjukhusansluten vård.



Fördelning av svar på följande frågor till verksamhetschefer respektive profession
*** Finns det patientgrupper inom ditt ansvars/upptagningsområde som inte får tillräckliga rehabiliteringsinsatser utifrån behov?** (n=31)
**** Finns det patientgrupper där du arbetar som inte får tillräckliga rehabiliteringsinsatser utifrån behov?** (n=388)

Verksamhetschefer i primärvård upplever bland annat att det inte finns tillräckligt med resurser för smärtpatienter och att mer resurser behövs för att kunna erbjuda guidad träning. Man önskar även förbättrat teamarbete för patienter med astma/KOL och mer resurser till rehabiliteringspersonal generellt. Andra grupper som anges är patienter med neuropsykiatriska tillstånd, psykisk ohälsa, utmattning, övervikt och läkemedelsberoende. Verksamhetschefer inom sjukhusansluten vård upplever bland annat att patienter med psykisk ohälsa, stressrelaterade besvär, smärta, cancerpatienter, neurologisk sjukdom, kognitiv nedsättning, lungsjukdom, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och äldre multisjuka inte får tillräckliga rehabiliteringsinsatser utifrån behov. Cheferna lyfter även att möjligheten till

rehabilitering varierar i primärvård och företagshälsovård när det gäller stressrelaterade besvär, övervikt samt arbetsrelaterade besvär. Professionens exempel på patientgrupper som inte får tillräckliga rehabiliteringsinsatser utifrån behov stämmer överens med verksamhetschefernas svar.

Frågan ställdes även om det finns patientgrupper som inte alls kan erbjudas rehabilitering utifrån behov. Av 29 verksamhetschefer svarade nio ja. En liknande fråga ställdes till professionen; av 381 personer svarade 90 (37 %) ja. De som svarade ja var jämnt fördelade över länet. Andelen som svarade ja i primärvård var 28 % och i verksamhet knuten till sjukhus/lasarett 40 %. Av svaren i fritext framkom att det även här gäller ovan beskrivna patientgrupper. Professionens exempel på patientgrupper stämmer även här överens med verksamhetschefernas svar.

En fråga ställdes till verksamhetscheferna om det finns rehabiliteringsinsatser som man inom verksamheten ser behov av men inte kan erbjuda i dagsläget. Inom primärvård anges att det främst är KBT-grupper (kognitiv beteendeterapi), multimodal rehabilitering i grupp och övriga grupper samt individuellt förebyggande insatser som inte kan erbjudas. Inom sjukhusansluten vård är det främst "skolor" exempelvis artrosskola och KBT-grupper som inte kan erbjudas samt träningsgrupper och bassänggrupper. Även individuellt förebyggande insatser, individuell träningsinsats/handledd träning och informationsgrupper samt preoperativ information anges.

2.2.4 Rehabiliteringskedjan

Patientens behov av rehabiliteringsinsatser initieras enligt verksamhetscheferna vanligen i samband med teamträff/rond följt av mottagningsbesök hos läkare samt utifrån respektive yrkeskategoris bedömning och via remiss.

Professionen beskrev hur sex av sina patienters behov av insats hade initierats. I primärvården hade de flesta patienters behov initierats via egenkontakt av patient/närstående/vårdnadshavare följt av via mottagningsbesök hos annan yrkeskategori. Inom sjukhusansluten vård hade de flesta patienters behov av insats initierats via remiss/bevakning/kontaktmeddelande, följt av via annan yrkeskategoris bedömning av behov av insats. Hur initiering sker varierar till viss del i länet.

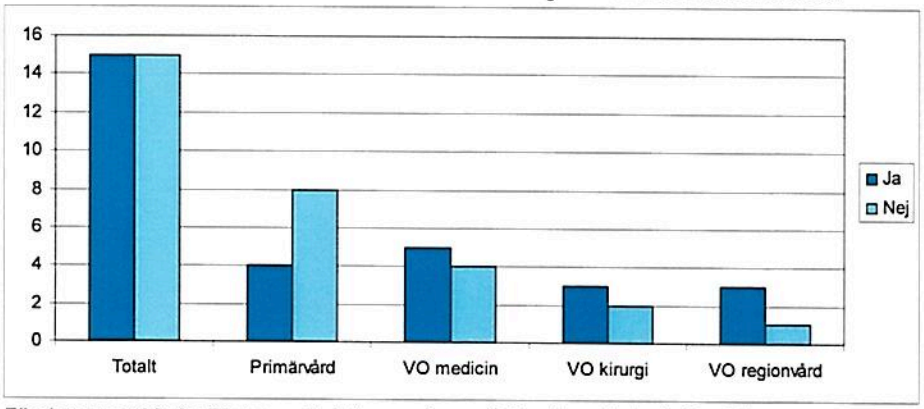
Samordning och planering

Professionen angav i enkäten vid vilket tillfälle/forum som planering och samverkan hade skett när det gäller lämpliga insatser utifrån sex av deras patienters behov. Enskild planering tillsammans med patienten var vanligast förekommande både inom primärvård och vid sjukhusansluten vård. Därefter var planering där även andra involverade från enheten hade deltagit vanligast, följt av teamträff/teamrond/NAFS-team[1]. Vid vilket tillfälle/forum som planering och samverkan har skett varierar i länet. Verksamhetschefernas svar stämmer överens med professionens svar.

[1] Multidisciplinära team inom primärvård och sluten vård som kompletteras med representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänst med syfte att bidra till att stärka individens egna resurser och förutsättningar i sin rehabilitering.

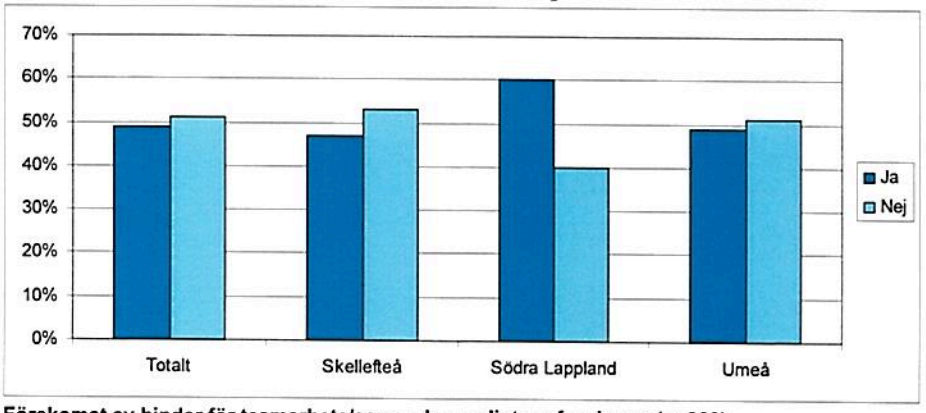
Teamarbete och intern samverkan

På frågan om det finns hinder för teamarbete/samverkan i verksamheten svarade 15 av 30 verksamhetschefer ja. Elva chefer anger att orsakerna till hindren är organisatoriska, sex anger att de är ekonomiska och två att de är kulturella[2]. Dessa orsaker finns inom samtliga verksamhetsområden med undantag av de kulturella som återfinns inom VO Medicin. I nedanstående tabell redovisas chefernas svar per verksamhetsområde.



Förekomst av hinder för teamarbete/samverkan enligt verksamhetschef (n=30)

En liknande fråga ställdes till professionen, av dessa svarade ca hälften ja. Det var ingen skillnad på professionens svar mellan primärvård och sjukhusansluten vård. I nedanstående tabell redovisas professionens svar utifrån respektive länsdel.



Förekomst av hinder för teamarbete/samverkan enligt professionen (n=369)

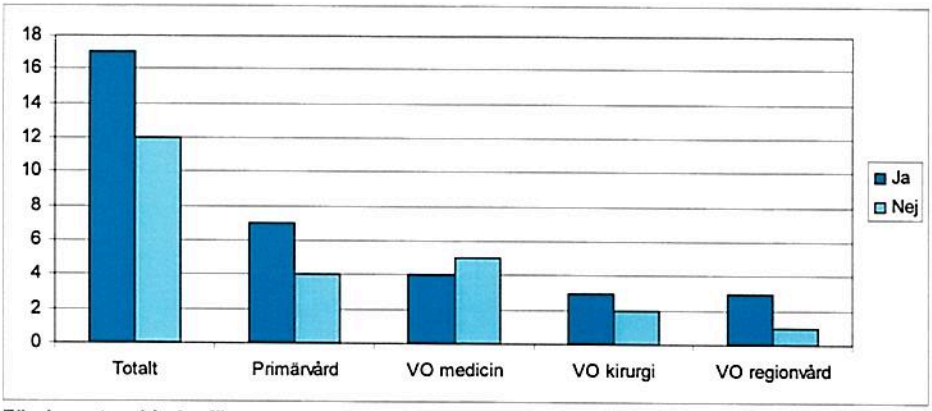
Extern informationsöverföring och samverkan

Professionen angav i enkäten hur informationsöverföring och kommunikation skett inför eventuellt överlämnande utifrån sex av deras patienters behov. Muntlig informations-överföring var vanligast förekommande följt av skriftlig informationsöverföring och teamträff/teamrond/NAFS-team både inom primärvård och sjukhusansluten vård. Hur informationsöverföring och kommunikation skett inför överlämnande varierar i länet. Verksamhetschefernas svar stämmer överens med professionens svar.

[2] Avser organisationskultur.

Professionen angav även hur planering och samverkan genomförts för fortsatta insatser hos annan kollega/profession/enhet/verksamhet/vårdnivå, utifrån sex patienters behov. Enskild planering tillsammans med patienten var vanligast förekommande, följt av planering där andra involverade från enheten deltagit, detta både inom primärvård och sjukhusansluten vård. Vilka olika typer av planeringsmöten som används inom respektive verksamhetsområden och i länet varierar. Verksamhetschefernas svar stämmer överens med professionens svar.

En fråga ställdes till verksamhetschefer om det finns hinder för extern samverkan med andra vårdenheter och aktörer. I nedanstående tabell redovisas chefernas svar per verksamhetsområde. Organisatoriska orsaker anges inom samtliga verksamhetsområden. Ekonomiska orsaker anges inom alla verksamhetsområden med undantag av primärvård. Kulturella[3] orsaker anges inom primärvård och VO Medicin. En liknande fråga ställdes till professionen, av dessa svarade 208 (58 %) ja. Det var ingen skillnad på svaren mellan primärvård och sjukhusansluten vård eller i länet.



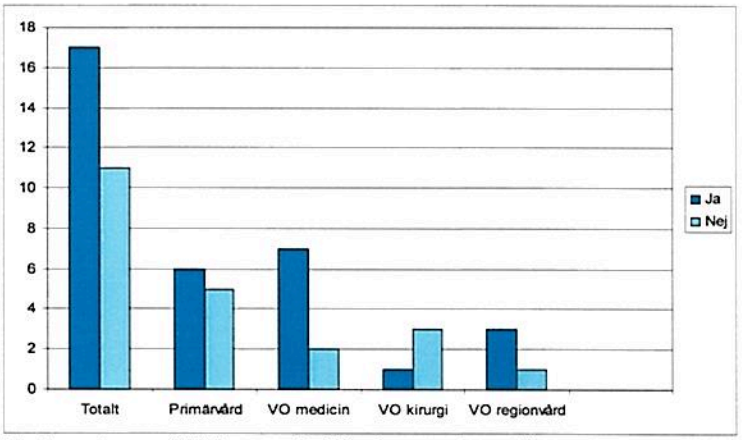
Förekomst av hinder för extern samverkan enligt verksamhetschef (n=29)

2.2.5 Uppföljning och utvärdering

Uppföljning av rehabiliteringsresultat

En fråga om uppföljning av rehabiliteringsresultat sker i verksamheten ställdes till verksamhetschefer. I nedanstående tabell redovisas chefernas svar per verksamhetsområde.

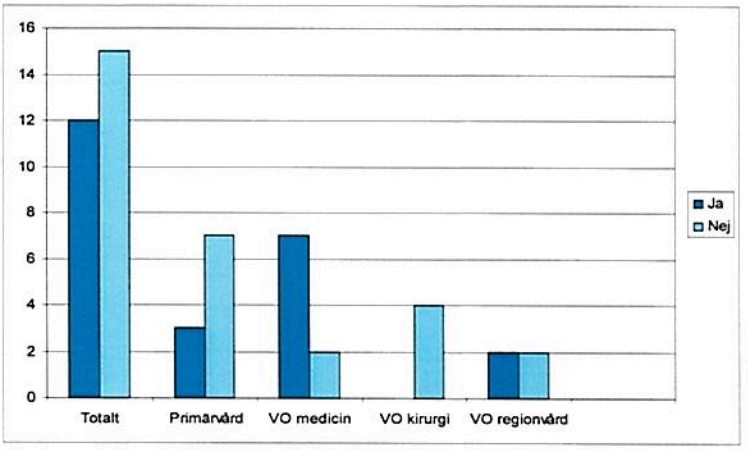
[3] Avser organisationskultur.



Förekomst av uppföljning av rehabiliteringsresultat enligt verksamhetschef (n=29)

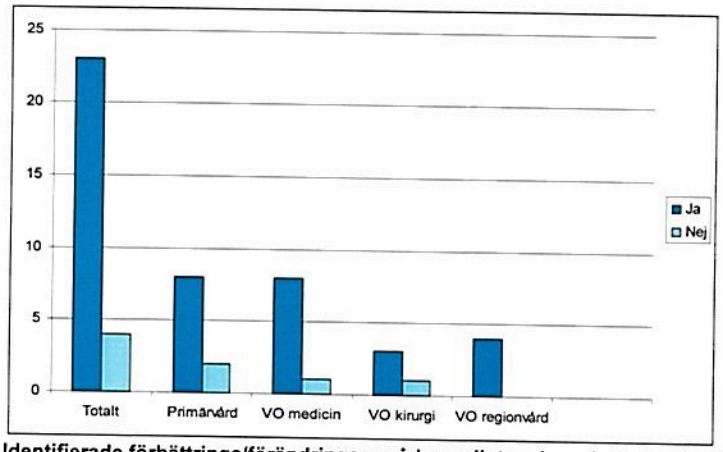
En liknande fråga ställdes till professionen, av 367 personer svarade 228 (62 %) ja. Inom primärvården svarade 41 % ja och inom sjukhusansluten vård 62 %.

En följdfråga ställdes, om det finns redovisade resultat. Frågan besvarades av 27 av cheferna, 12 svarade ja. Största andelen av dessa chefer finns även här inom VO Medicin och i primärvård. Till professionen ställdes även följdfrågan om de fått ta del av redovisade resultat. Av 343 svarade 207 (60 %) ja. I Skellefteåområdet svarade 69 % ja, i Umeåområdet 62 % och i södra Lappland 38 %. Det var ingen skillnad mellan primärvårdens och den sjukhusanslutna vårdens svar.



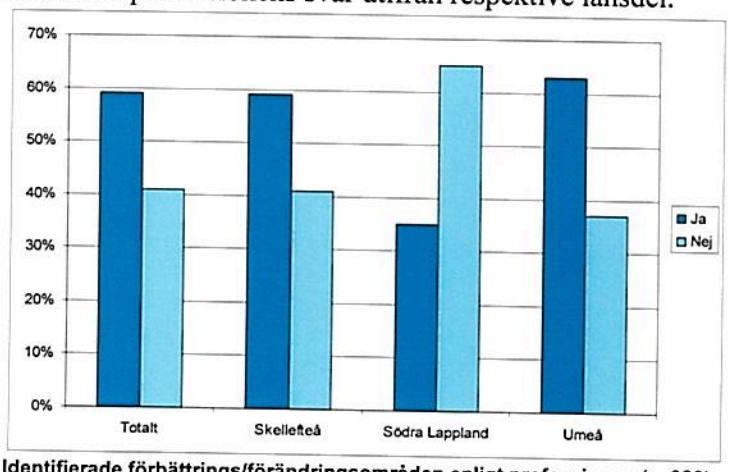
Förekomst av redovisade resultat enligt verksamhetschef (n=27)

Identifierade förbättrings/förändringsområden
Frågan om verksamhetschef inom sin verksamhet identifierat några förbättrings/förändringsområden inom rehabilitering och samverkan besvarades av 27 chefer, 23 svarade ja. I nedanstående tabell redovisas chefernas svar per verksamhetsområde. 18 verksamhetschefer beskrev förändrings/förbättringsområden i fritextsvar.



Identifierade förbättrings/förändringsområden enligt verksamhetschef (n=27)

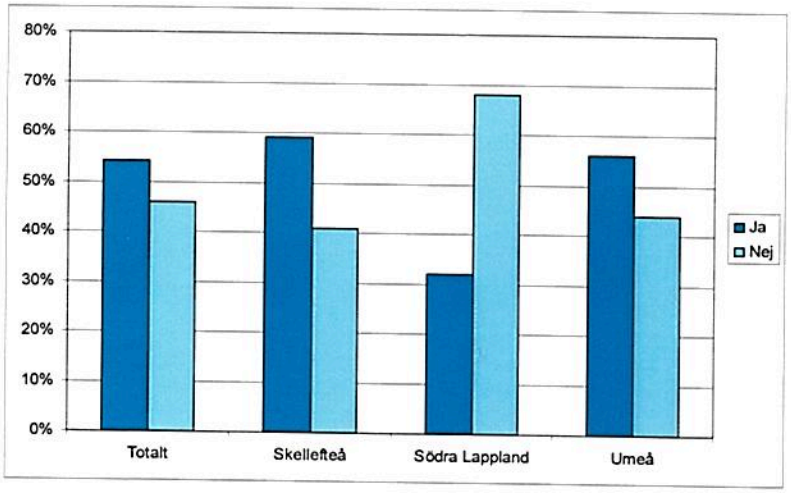
En liknande fråga ställdes till professionen, av 320 svarade 190 (59 %) ja. Det var ingen skillnad mellan primärvårdens och den sjukhusanslutna vårdens svar. I nedanstående tabell redovisas professionens svar utifrån respektive länsdel.



Identifierade förbättrings/förändringsområden enligt professionen (n=320)

Identifierade framgångsfaktorer

Frågan om det finns identifierade framgångsfaktorer som tillämpas i verksamheten för att uppmärksamma, bedöma och tillgodose patientens behov av rehabilitering besvarades av 26 chefer, 14 svarade ja. Ett flertal framgångsfaktorer har beskrivits i fritextsvar. En liknande fråga ställdes till professionen, av 323 svarade 175 (54 %) ja. I nedanstående tabell redovisas professionens svar utifrån respektive länsdel. Det var ingen skillnad mellan primärvårdens och den sjukhusanslutna vårdens svar.



Identifierade framgångsfaktorer enligt professionen (n=323)

2.2.6 Roller och ansvarsfördelning

Rätt använd kompetens

Frågan till professionen i vilken utsträckning de får användning av sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter besvarades av 366 personer. Av dessa angav 224 (61 %) att de hade användning av sin högsta kompetens större delen av arbetstiden och 98 (27 %) ungefär halva arbetstiden.

En fråga ställdes även om det finns arbetsuppgifter som idag utförs av andra yrkesgrupper som de anser att den egna professionen kan och borde utföra istället. Den besvarades av 352 och 36 % svarade ja. Det var ingen skillnad mellan primärvårdens och den sjukhusanslutna vårdens svar, inte heller i länet. Ett stort antal exempel finns beskrivna i fritextsvar. Exemplen har stor variation beroende på profession och inom vilket verksamhetsområde personen har sitt ansvarsområde.

Vidare ställdes frågan om det finns arbetsuppgifter som görs idag som andra yrkesgrupper kan utföra med bibehållen kvalitet så att den egna kompetensen kommer till större nytta. Den besvarades av 359 och 192 (53 %) svarade att så är fallet. Det var ingen skillnad mellan primärvårdens och den sjukhusanslutna vårdens svar, inte heller i länet. Ett stort antal fritextsvar har lämnats. Nedan redovisas några citat som väl representerar de arbetsuppgifter en stor andel av de svarande gett som exempel:

> "Städning av lokaler och utrustning, påfyllning förråd för bedömnings/utredningsrum. Beställningar och mottagning av varor, skötsel av lokaler"

> "Det som jag då främst kommer att tänka på är att boka patienter som jag träffar i mottagningen; göra ett s.k. "bokningsunderlag" och koppla diagnoskoder till det. Administrativ uppgift som sekreterarna gör snabbare och bättre."

Kompetens och erfarenhet
Rehabiliteringspersonalens yrkeserfarenhet är stor; av de som besvarat enkäten har 78 % sex års erfarenhet eller mer. Det är inga större skillnader när det gäller erfarenhet mellan primärvård och sjukhusansluten vård eller i länet.

Specialistområden och specialisttjänster
I enkäten till professionen efterfrågades om den svarande har specialistbehörighet inom sitt yrkesområde. Av totalt 428 personer svarade 72 (17 %) ja. Flertalet av dessa, 57 personer, finns i Umeåområdet. Vad som avses med specialistbehörighet varierar mellan de olika yrkesgrupperna som ingår i kartläggningen. Tydliga definitioner saknas.

Av medarbetarna som har specialistbehörighet har 20 en särskilt inrättad specialisttjänst. Flertalet av dessa, 16 personer, finns i Umeåområdet. Det är inte alltid tydligt definierat vilka kriterier som ska uppfyllas och vilken kompetens en medarbetare ska ha för att en specialisttjänst ska inrättas.

Vid genomgång av vilka befattningar som finns registrerade i landstingets personalsystem framkommer att sex av de yrkesgrupper som ingår i kartläggningen saknar en befattning för specialisttjänst inom sitt yrkesområde. Dessa yrkesgrupper är audionom, dietist, logoped, optiker samt syn- och hörselpedagog.

De kartlagda yrkesgruppernas specialistområden är spridda i verksamheterna och i länet.

Tidsstudie
I enkäten efterfrågades professionens egenskattade tidsåtgång för tre olika typer av arbetsuppgifter fem arbetsdagar i rad. Totalt genomfördes registreringen av 330 i professionen. De svarande använde cirka 75 % av sin arbetstid till direkt och indirekt patientarbete. Det fanns endast små variationer för hur arbetstiden fördelade sig mellan olika verksamheter och i länet. En något större andel i primärvården skattade att arbetstiden användes till direkt patientarbete än inom övrig verksamhet under perioden som tidsregistreringen genomfördes. Poängteras bör att denna skattning är mycket övergripande med snäva och grova procentramar som inte fullt ut motsvarar hur arbetsuppgifterna fördelas i förhållande till varandra. Arbetsuppgifternas inbördes fördelning kan också variera vecka till vecka.

2.2.7 Kartläggning av nuvarande rehabiliteringsresurser
Rehabiliteringsverksamheterna är organiserade på olika sätt både i länet och nationellt därför är jämförelser svåra att göra. Den uppdelning som finns när det gäller ansvars-struktur, komplexitet av insatser samt avsaknad av nationella data och uppföljningar medför svårigheter att få en helhetsbild. Vid jämförelser mellan olika landsting/regioner måste även specifika förutsättningar beaktas t.ex. befolkningens storlek, geografiska avstånd, förekomst av offentlig/privat vård m.m.

Tillgång till rehabiliteringspersonal i länet
Fyrtiofem chefer besvarade frågan om verksamhetens bemanning i enkäten. Kompletterande uppgifter om bemanning har i efterhand hämtats in ifrån de

verksamhetschefer som inte angett detta i enkäten. Dessa uppgifter har sammanställts. Budgetuppgifter för 2014 och 2015 har inhämtas med hjälp av Ekonomistaben, i nedanstående tabell redovisas dessa budgetuppgifter.

År	Årstjänster	Sem vik tj	Vik tj övr tid	Utlånade tj	Vik tj förstärkn	Summa årstjänster
2014	614,42	0,81	0,02	-3,03	0,26	612,48
2015	633,15	0,98	0,00	-1,63	-1,39	631,11

Årsbudget för rehabiliteringspersonal 2014 och 2015

Det totala tjänsteutrymmet som verksamhetscheferna har angett i enkät eller via direkt kontakt är 501,56. Förekomst av och fördelning mellan olika rehabiliteringspersonal har sammanställts utifrån dessa uppgifter. Sammanställningen visar att förekomst av och fördelning mellan de olika rehabiliterande professionerna varierar mellan hälsocentralerna i länet. När det gäller den sjukhusanslutna vården är det svårt att jämföra data på grund av varierande uppdrag och ansvarsområden.

Användbarheten avseende framtagna uppgifter är begränsade då de inte kan matchas mot varandra. För att få en rättvisande bild av resursfördelningen i länet krävs en analys som genomförs i nära samarbete med respektive verksamhet. Inom vissa verksamheter finns otydligheter och brister i de uppgifter som har lämnats. Det går inte heller att jämföra verksamhetschefernas uppgifter om deras tillgång till rehabiliteringspersonal mot årsbudget på grund av att flera yrkeskategorier som ingår i kartläggningen inte ingår i framtagna uppgifter. Dessa yrkeskategorier är audionom, logoped, optiker, pedagog och rehabiliteringsassistenter.

Tillgång till stödfunktioner

I dagsläget finns endast yrkesutvecklare på 50 % vardera för arbetsterapi och sjukgymnastik/fysioterapi, för övriga yrkesgrupper saknas denna funktion. Behov och efterfrågan finns även inom övriga yrkesgrupper. I samband med kartläggningen har det även framkommit att samordnare efterfrågas.

Övriga stödfunktioner är Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR) som är en resurs för att stödja genomförande av kunskapsbaserad omvårdnad och rehabilitering i länet samt Primärvårdens utvecklingsråd (PUR) som är en länsövergripande verksamhet för professionell och tvärprofessionell kompetensutveckling i primärvård.

Tillgång till rehabiliteringspersonal nationellt

För en beskrivning av de resurser som finns för rehabiliteringspersonal nationellt har statistik från SKL efterfrågats. Antalet årsarbetare per rehabiliterande personalgrupp och 1000 invånare redovisas sammantaget för respektive landsting. I denna statistik ingår inte privata vårdgivare, inte heller personal inom kommunal hemsjukvård. Vidare är grupperingen av yrkeskategorier oklar. Vissa yrkesgrupper redovisas gemensamt, exempelvis under kategorierna "socialt och kurativt" respektive "Rehab och förebyggande". Vilka yrkeskategorier som här ingår framgår ej. Av denna anledning är bedömningen att statistiken från SKL har ett mycket begränsat användningsområde när det

gäller att få en helhetsbild av nationella resurser för de yrkesgrupper som ingår i denna kartläggning. Av statistiken framgår att det föreligger begränsade skillnader mellan landstingen när det gäller antalet rehabiliteringsanställda per 1000 invånare. Västerbottens län har jämförbara personella resurser till de resurser som finns inom i landsting med liknande storlek och uppdrag. Fördelningen mellan de olika rehabiliterande professionerna varierar inte så mycket mellan landstingen. Västerbottens län har ungefär samma fördelning som övriga landsting.

2.2.8 Omvärldsbevakning

Nationell styrning och nationella utredningar

I januari 2015 infördes en sammanhållen patientlag för att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården. En baslinjemätning som Vårdanalys (myndigheten för vård- och omsorgsanalys) gjorde innan lagen trädde i kraft visar att många av de skyldigheter som gällt sedan tidigare, många i mer än 30 år, inte följs fullt ut.
http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Patientlagen-i-praktiken---en-baslinjematning-/arbete,

I den nyligen presenterade utredningen "Effektiv vård" framgår att i princip allt som påverkar effektiviteten i vården har kunnat analyseras till följd av uppdragets vida direktiv. Av resursskäl har dock utredningen bl.a. valt att inte behandla området rehabilitering. Det framgår att "vi är övertygade om att omfattning, organiseringen av och kvaliteten på rehabilitering har påverkan på behoven av vård och omsorg och av det skälet är intressant ur perspektivet effektivt resursutnyttjande. Samtidigt är området, med sin fragmentiserade ansvarsstruktur, komplexitet i form av åtgärder och avsaknaden av nationella data och uppföljningar över helheten svårt att överblicka. Det hade krävt betydligt mer utredningsresurser än vad vi haft till förfogande för att kunna analysera området på det sätt det förtjänar."
http://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf

Av Vårdanalys rapport "VIP i vården?" framgår att nästan hälften av befolkningen har en kronisk sjukdom och de står för en majoritet av sjukvårds- och sjukförsäkrings-kostnaderna. Dessutom har en fjärdedel av befolkningen mer än en kronisk sjukdom och drygt hälften av läkarbesöken på akutmottagningar görs av personer som har två eller flera kroniska sjukdomar. Detta väcker frågor om hur vården på ett bättre sätt ska kunna fullgöra de krav som ställs i lagar och andra bindande regler för att nå en patientcentrerad vård. Bland annat när det gäller skyldigheter om samordning, kontinuitet, delaktighet och information. Förslag ges att stärka samarbetet mellan kliniker och verksamheter – både inom landstingen men också med kommunerna, arbeta mer proaktivt för att undvika att patienten försämras och behöver söka annan vård, öka förutsättningarna för att ny kunskap kan omsättas i klinisk vardag och att förbättra möjligheterna till uppföljning av prestationer, processer och utfall av vården av kronisk sjukdom, inte minst i primärvården.
http://www.vardanalys.se/Rapporter/2014/VIP-i-varden-Om-utmaningar-i-varden-av-personer-med-kronisk-sjukdom/

Socialstyrelsen konstaterade 2010 att förutsättningarna för att följa upp rehabiliterings-insatser fortfarande sker i begränsad omfattning. Vidare framgår att utvecklingspotentialen för att ta fram evidensbaserad kunskap samt utvecklingen av vad som kan följas upp är stor. Av rapporten framgår även att företrädare för funktionshindersrörelsen och professionen pekar på att många personer med rehabiliteringsbehov inte får tillgång till insatser i tillräcklig omfattning, ibland inte alls. Orsaken till detta kan enligt rapporten delvis förklaras av den kompetensbrist som råder om vilka rehabiliteringsåtgärder som har evidensbaserad effekt. Enligt rapporten leder detta till att rehabiliteringsinsatser inte tillräckligt väl synliggörs t.ex. i nationella riktlinjer. Vidare framgår att utveckling av uppföljning av rehabilitering ingår som en del i arbetet med strategin för god vård. Det är däremot angeläget enligt rapporten att inom respektive område arbeta för att rehabiliteringsaspekter beaktas i större omfattning än tidigare.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18207/2010-12-20.pdf

Utvecklingsarbete avseende rehabiliteringsverksamheter i andra landsting i Sverige
Flera landsting/regioner har nyligen genomfört utredningar med fokus på rehabilitering, bland annat Örebro, Uppsala och Norrbotten. (Se bilaga 1.) VLL kan hämta både inspiration och lärdomar från dessa översyner.

2.3. Effektmål/Nyttoeffekt

Såsom nämnts tidigare formulerades målet för kartläggningen som följer: "Resultatet av detta uppdrag ska vara en tydlig, rättvisande och användbar kartläggning av rehabiliteringsverksamheten inom Västerbottens läns landsting."

Arbetsgruppen slog därför fast att:

Nyttan av detta deluppdrag begränsas till att ha ett väl underbyggt underlag inför framtida analys och förslag till förbättringar inom området.

2.4. Uppföljning effektmål/nyttoeffekt

Med anledning av översynens breda ansats är frågan om uppdraget kommer att nå uppsatta effektmål/nyttoeffekter inte helt enkel.

Den tidigare nämnda låga svarsfrekvensen hos såväl verksamhetschefer som rehab-iliteringspersonal gör att vissa frågor i kartläggningen inte kan sägas ha ett väl underbyggt underlag. Vidare har den ovan diskuterade breda och varierande tolkningen av rehabiliteringsbegreppet också haft en påverkan på tillförlitligheten i enkätsvaren.

Vad gäller uppdragets delområden kan följande konstateras:

Rehabiliteringsbegreppet
Det finns inte en enhetlig syn på vad rehabilitering i Västerbottens läns landsting innebär. Detta bedöms delvis bero på den fragmenterade organisation och struktur som

landstingets rehabiliteringspersonal verkar inom och frånvaron av på landstingsnivå tydligt definierade mål, uppdrag och prioriteringar för dessa yrkesgrupper.

Vård och omsorgsinsatser ska enligt gällande lagar och föreskrifter utföras så att patienten ges möjlighet till eget inflytande för att påverka och förbättra sin hälsa och livskvalitet utifrån sina förutsättningar och behov. Det kan bland annat ske genom att individens aktivitets- och funktionsförmåga tas tillvara. Det rehabiliterande arbetssättet utgår från hur hälsan kan bevaras eller utvecklas oberoende av sjukdom, medicinsk behandling, ålder eller funktionsnedsättning. Det är ett ständigt pågående arbetssätt som berör samtliga yrkesgrupper som ger vård och omsorgsinsatser.

Det finns en mängd olika begrepp som beskriver stödjande och uppehållande insatser, men det finns ingen konsensus om ett enhetligt nationellt begrepp. Exempel är vardagsrehabilitering, rehabiliterande förhållningssätt, aktiverande eller funktionsbevarande arbetssätt. För att specifik rehabilitering ska kunna genomföras måste även individens egna resurser aktivt kunna stödjas i vardagssituationer, likaså måste kompetens och handledning av rehabiliteringsutbildad personal finnas tillgänglig för att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna bedrivas.

Verksamhets- och ansvarsområden
Ett stort antal patienter har behov av rehabilitering men det är svårt att avgöra hur många som erbjuds dessa insatser. Det är också svårt att följa vilka insatser som ges och vilka resultat som uppnås.

Enligt vad profession och verksamhetschefer erfar varierar förekomsten mellan verksamheterna vad gäller dokumenterade målsättningar samt prioriteringsområden och avgränsningar. Vanligast förekommande är dessa inom verksamheter med stor andel rehabiliteringspersonal och där rehabilitering är en förhållandevis stor del av verksamheten.

Verksamhetschefernas och professionens upplevelser är att det finns patientgrupper som inte får den rehabilitering de behöver såväl som insatser man ser behov av men som inte kan ges. En översyn av uppdrag kopplat till resurser och prioriteringar inom verksamheterna kan bidra till att dessa patientgrupper och insatser tydligare skulle kunna identifieras och eventuella prioriteringar kan bli mer väl underbyggda.

Utifrån de iakttagelser som framkommit i denna kartläggning lämnar vi följande förslag på utvecklingsområden:

- Definiera och fastställa uppdrag och ansvarsområden för rehabilitering inom sluten vård och öppenvård och mellan vårdnivåer i länet.
- Tydliggöra målsättning och prioriteringar för rehabilitering i länet.
- Genomföra en djupare analys av respektive yrkesgruppers produktionstal, vilket bör ske i samspel med arbetet med att definiera och fastställa uppdrag och ansvarsområden för rehabilitering.

Rehabiliteringskedjan
När det gäller kartläggning av rehabiliteringskedjan finns ett förhållandevis väl underbyggt underlag för en övergripande bild av hur rehabiliteringskedjorna kan se ut, detta då medarbetare genomfört en registrering av sex av sina patienters flöden i vårdförloppet. På grund av en icke heltäckande svarsfrekvens samt de många yrkesgrupper som ingår i översynen kan man dock inte säga något specifikt om enskilda rehabiliteringskedjor. För detta skulle krävas ett uppdrag med en mer specifik inriktning.

Både verksamhetschefer och professionen upplever att teamarbete och samverkan innebär fördelar för patienten. Hinder för såväl intern som extern samverkan uppges finnas, här finns således potential för vidare förbättringsarbeten.

Vårdanalys har redovisat slutsatser och rekommendationer som framkommit vid uppföljning av de nationella riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv. Av den sammanfattande bedömningen framgår att vården behöver ett kunskapsstöd som understödjer och stärker patienternas och patientorganisationernas möjlighet till delaktighet och inflytande. Fortsatt arbete med nationell kunskapsstyrning föreslås därför fokusera på att kunskapen i ökad utsträckning ska nå ut till vårdpersonalen och patienterna. Först när kunskapen når patientmötet kan den på allvar bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och patientcentrerad vård. http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Lang-vag-till-patientnytta--en-uppfoljning-av-nationella-riktlinjers-inverkan-pa-varden-i-ett-decentraliserat-system/

Utifrån de iakttagelser som framkommit i denna kartläggning lämnar vi följande förslag på utvecklingsområden:

- Fortsatt utveckling av arbetssätt för att främja och säkerställa att patienten är delaktig i sin vård och behandling.
- Fortsatt utveckling av arbetssätt för att säkerställa att patientens behov av rehabiliteringsinsatser uppmärksammas och att planering sker på ett systematiskt och strukturerat sätt utifrån individens behov och förutsättningar.
- Fortsatt utveckling för att säkra kritiska övergångar i rehabiliteringsprocessen.

Uppföljning och utvärdering
Enligt vad verksamhetschefer och professionen erfar varierar förekomsten mellan verksamheterna vad gäller uppföljning av rehabiliteringsresultat och möjligheten att ta del av dessa. Vanligast förekommande är dessa inom verksamheter med stor andel rehabiliteringspersonal och där rehabilitering är en förhållandevis stor del av verksamheten.

När det gäller identifierade förbättrings/förändringsområden inom rehabilitering och samverkan i verksamheterna har cheferna beskrivit ett flertal områden i fritextsvar. Detsamma gäller identifierade framgångsfaktorer som tillämpas i verksamheten för att uppmärksamma, bedöma och tillgodose patientens behov av rehabilitering. Här finns således potential för vidare förbättringsarbeten och erfarenhetsutbyte i länet.

Utifrån de iakttagelser som framkommit i denna kartläggning lämnar vi följande förslag på utvecklingsområden:

- Utveckla sätt att följa upp rehabiliteringsbehov, resurser och resultat på övergripande nivå.
- Utveckling av länsgemensamma bedömningsinstrument och kvalitetsindikatorer.
- Samla in information om och utvärdera effekt av de metoder och arbetssätt som provas.
- Mötesplatser/forum för erfarenhetsutbyte (av exempelvis förbättringsarbete och framgångsfaktorer) och kompetensutveckling.

Roller och ansvarsfördelning
Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa för att säkerställa en trygg och säker vård för patienten och uppnå uppsatta mål. Kartläggning av medarbetares kompetens (med utgångspunkt i begreppet "Rätt Använd Kompetens", RAK) har visat på tendenser vad gäller medarbetarnas syn på roller och ansvarsfördelning och möjliga utvecklingsområden. Bland annat framkommer att det finns potential för bättre resursutnyttjande genom överförande av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Detta område skulle dock bli mer greppbart om verksamheterna och medarbetarna hade mer tydligt formulerade uppdrag.

Vissa yrkesgrupper saknar helt specialisttjänster. Översyn och tydliggörande rekommenderas, där man ser till helheten såväl som till enskilda yrkesgruppers specifika kompetens och möjligheter. Arbete med att utveckla kompetensstegar för bl.a. sjuksköterskor och undersköterskor pågår i landstinget. Detta kan med fördel åtföljas av utveckling av kompetensstegar även för yrkesgrupper inom rehabiliteringsprofessionerna.

Vidare finns behov av ett utvecklat kollegialt stöd och samordning för att säkerställa en likvärdig vård i länet samt att driva utveckling och utbildningsfrågor inom respektive yrkens kunskapsområden.

Utifrån de iakttagelser som framkommit i denna kartläggning lämnar vi följande förslag på utvecklingsområden.

- Fortsatt arbete med kompetensutveckling och kompetensförsörjning för rehabiliteringspersonal.
- Rätt kompetens och rätt person på rätt plats. I samband med fastställande av yrkesgruppernas respektive uppdrag: Kan arbetsuppgifter överföras för bättre resursutnyttjande?
- Översyn av specialisttjänster inom rehabiliteringsprofessionerna.
- Kompetensstegar för rehabiliteringsprofessionerna.
- Överföra vissa arbetsuppgifter till vårdnära service?
- Överföra vissa arbetsuppgifter till medicinska sekreterare?

Kartläggning av nuvarande rehabiliteringsresurser
Underlag vad gäller hur resurser är fördelade över länet har delvis kunnat tas fram. Svårigheter har dock uppstått då vissa yrkesgrupper saknas och andra yrkeskategorier slås ihop under gemensamma rubriker där det är oklart vilka som ingår. Användbarheten avseende denna statistik är även begränsade då de inte kan matchas mot tydliga uppdrag hos respektive yrkesgrupp.
För utvecklingsområden, se därför de utvecklingsområden som redovisas under rubriken "Verksamhets- och ansvarsområde", s.22.

Omvärldsbevakning
Omvärldsbevakningen (se bilaga X) har gett värdefulla inspel vad gäller hur rehabiliteringsverksamheter är organiserade i andra landsting samt vilka utvecklingsarbeten andra landsting genomfört. Här kan Västerbotten dra lärdom och göra effektivitetsvinster om man inför fortsatta uppdrag inkluderar dessa erfarenheter.

2.5. Utfall tidsplan

I hälso- och sjukvårdsnämndens beslut den 22 januari 2015 fastslogs att arbetet skulle genomföras under våren 2015 och att en första rapport skulle redovisas för hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2015.

Efter möte med landstingets verksamhetsområdeschefer den 16 mars 2015 utökades uppdraget då man beslutade att inkludera fler yrkesgrupper än vad som först var planerat. Med anledning av detta bedömdes den ursprungliga tidsplanen inte vara realistisk och arbetet bedömdes ta hela hösten 2015 i anspråk.

2.6. Utfall resurser

Uppskattningsvis har totalt cirka 500 timmar ägnats till detta kartläggningsarbete. Detta innefattar samtliga deltagare i gruppen inklusive det stöd vi fått med att lägga upp de tre enkäterna, hantera teknikfrågor etc.

Utöver detta är bedömningen att profession och verksamhetschefer sammanlagt ägnat cirka 700 timmar till att besvara enkäten inklusive patient- och tidsregistreringar. Professionen står för majoriteten av denna tid.

3. Överlämning/leverans av uppdraget

Förankring av resultat hos tjänstemannaledningen har skett vid två mötestillfällen med landstingets verksamhetsområdeschefer, den 14 december 2015 samt den 1 februari 2016.

Enligt nuvarande tidsplan ska arbetet rapporteras till hälso- och sjukvårdsnämndens arbetsutskott den 9 mars 2016 samt till hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 mars 2016. Vidare planeras en redovisning i landstingsstyrelsen senare under våren.

De förslag till fortsatta uppdrag som formulerats i slutrapporten bör, under förutsättning att dessa godkänns av hälso- och sjukvårdsnämnden, hanteras av berörd stabschef.

Vidare kommer även återkoppling av resultat ske till verksamheterna.

Förslag till utvecklingsområden – sammanfattning:

Verksamhets- och ansvarsområden

- Definiera och fastställa uppdrag och ansvarsområden för rehabilitering inom sluten vård och öppenvård och mellan vårdnivåer i länet.
- Tydliggöra målsättning och prioriteringar för rehabilitering i länet.
- Genomföra en djupare analys av respektive yrkesgruppers produktionstal, vilket bör ske i samspel med arbetet med att definiera och fastställa uppdrag och ansvarsområden för rehabilitering.

Rehabiliteringskedjan

- Fortsatt utveckling av arbetssätt för att främja och säkerställa att patienten är delaktig i sin vård och behandling.
- Fortsatt utveckling av arbetssätt för att säkerställa att patientens behov av rehabiliteringsinsatser uppmärksammas och att planering sker på ett systematiskt och strukturerat sätt utifrån individens behov och förutsättningar.
- Fortsatt utveckling för att säkra kritiska övergångar i rehabiliteringsprocessen.

Uppföljning och utvärdering

- Utveckla sätt att följa upp rehabiliteringsbehov, resurser och resultat på övergripande nivå.
- Utveckling av länsgemensamma bedömningsinstrument och kvalitetsindikatorer.
- Samla in information om och utvärdera effekt av de metoder och arbetssätt som provas.
- Mötesplatser/forum för erfarenhetsutbyte (av exempelvis förbättringsarbete och framgångsfaktorer) och kompetensutveckling.

Roller och ansvarsfördelning

- Fortsatt arbete med kompetensutveckling och kompetensförsörjning för rehabiliteringspersonal.
- Rätt kompetens och rätt person på rätt plats. I samband med fastställande av yrkesgruppernas respektive uppdrag: Kan arbetsuppgifter överföras för bättre resursutnyttjande?
- Översyn av specialisttjänster inom rehabiliteringsprofessionerna.
- Kompetensstegar för rehabiliteringsprofessionerna.
- Överföra vissa arbetsuppgifter till vårdnära service?
- Överföra vissa arbetsuppgifter till medicinska sekreterare?

4. Erfarenheter och observationer

Kartläggningen inkluderade sammanlagt tolv yrkesgrupper och såväl primärvård som specialistvård i hela Västerbottens läns landsting. Uppdraget var mycket brett och med få närmare instruktioner. Omfattningen av uppdraget har gjort att kartläggningen tvunget blev mycket översiktlig och det har varit svårt att nå ett konkret resultat. Det faktum att uppdraget eventuellt inte skulle möta förväntningar från ledningsgrupp och/eller politik identifierades som en risk i uppdragsdirektivet. En tidig avstämning gjordes därför med verksamhetsområdeschefer, den 16 mars 2015. Bedömningen är dock att ytterligare avstämningar/klargöranden kring uppdragets omfattning och inriktning hade kunnat vara lämpliga.

Detta har aktualiserat vikten av att, vid start av uppdrag som utdelas av politisk ledning eller tjänstemannaledning, vara noggrann med att uppdrag som ges är tydligt specificerade och rimliga att genomföra med de personalresurser och ekonomiska resurser som finns att tillgå.

Detta bör göras innan ett uppdrag utdelas, men såväl uppdragsgivare som uppdragstagare bör även se till att uppföljningar och avstämningar görs under uppdragets gång. På så sätt kan risken att uppdragets resultat blir för brett och/eller inte motsvarar uppdragsgivarnas förväntningar minimeras.

En positiv erfarenhet som bör nämnas är hjälpen från statistiker samt det webverktyg, Netigate, som använts har underlättat arbetet oerhört. Arbetsgruppens bedömning är att uppdraget inte hade gått att genomföra om detta verktyg inte hade funnits tillgängligt. Verktyget har medgett snabb analys av data och enkla sätt att åskådliggöra resultat av enkäterna. Man har också kunnat följa svarsfrekvensen i realtid.

Omvärldsbevakning

Denna omvärldsbevakning fokuserar främst på att kartlägga organisering och utvecklingsarbete inom rehabilitering hos våra fyra regiongrannar samt landsting/regioner som har universitetssjukhus och ett liknande befolkningsunderlag som Norrlands universitetssjukhus (Nus). Sist ges en översikt av några aktuella nationella utredningar.

Organisering - översikt

Primärvård
Primärvården har att verka utifrån de ramar som vårdval/hälsoval medger. Det är betydligt vanligare söderut med större fristående rehabenheter som servar en eller flera hälsocentraler, till skillnad mot i Västerbottens län där rehabilitering ska erbjudas på hälsocentralen.

Till exempel är Stockholms modell uppdelad på flera olika avtalsalternativ där rehabilitering ofta ligger utanför och skriver egna avtal. Stockholms län är känt för att ha många privata vårdgivare och att landstinget ställer krav på att den som vill teckna avtal som privat sjukgymnast helst ska ha någon form av specialistkompetens.

Västra Götalandsregionen har den 1 september 2014 infört vårdval inom rehabilitering. Rehabenheterna ska erbjuda arbetsterapi och fysioterapi/sjukgymnastik. Några av dem kommer även att erbjuda ett tilläggsuppdrag inom neurologi där logoped ingår. Hjälpmedelsförskrivning ingår i rehabenheternas uppdrag.

Närsjukvård
I Region Östergötland ansvarar fyra enheter för närsjukvården vid cirka 40 vårdcentraler i länet.

Rörelse och hälsa är en del inom Närsjukvården i centrala Östergötland och ger insatser till individer med behov av rehabilitering på grund av sjukdom, skada eller livsrelaterade besvär. Inom verksamheten arbetar sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter, kuratorer, logopeder, rehabiliteringsassistenter och administratörer, totalt cirka 120 personer.

Verksamheten samarbetar med Universitetssjukhuset i Linköping och vårdcentralerna och kommunerna i södra länsdelen samt med Hälsouniversitetet. Målet är enligt verksamhetschefen att individen ska kunna fungera i sin vardag och få kunskap och verktyg som gör det möjligt att ta ansvar för sin egen hälsa. Rörelse och hälsa har mottagningsverksamhet dit patienter med exempelvis besvär från rörelseapparaten, neurologiska besvär eller lättare psykisk ohälsa kan söka utan remiss. Verksamheten ansvarar också för specialiserad rehabilitering i hemmet med teambaserat arbetssätt, för dessa insatser krävs remiss. Även rehabilitering och psykosocialt stöd till individer vid geriatriska kliniken, neurologiska kliniken, medicinska akutkliniken, akutmottagningen och LAH (specialiserad hemsjukvård och palliativ vård, såväl i hemmet som i sluten vård) ingår i verksamhetens ansvar. Vid de övriga klinikerna är personalen klinikanslutna.

Specialistvård
Hur specialistvården är organiserad varierar i olika landsting/regioner. Det är vanligt att yrkesgrupper är klinikanslutna men också att de är organiserade vid en särskild klinik/enhet eller ett centrum. Man har att beakta varje landsting/regions specifika förutsättningar, exempelvis befolkningsstorlek, geografiska avstånd, förekomst av offentlig/privat vård etc.

Precis som i Västerbotten har flera landsting även en variation mellan olika sjukhus. Hur respektive yrkesgrupp är organiserade vid samma verksamhet/klinik kan också variera. Ett exempel är Region Örebro län vars förhållanden påminner om Västerbottens med en liknande befolkningsmängd samt tre sjukhus varav ett universitetssjukhus. På rehabenheten vid Karlskoga lasarett är arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, kuratorer, logopeder, rehabassistenter/undersköterskor samt sekreterare anställda. De är organisatoriskt underställda verksamhetschefen på kliniken för medicin och geriatrik. Vid Lindesbergs lasarett samlar motsvarande enhet arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, kuratorer, dietister och rehabassistenter/undersköterskor. Även de är underställda kliniken för medicin och geriatrik. Båda dessa enheter fungerar som "Avdelning för sjukgymnastik", dvs. man är samarbetsklinik gentemot sjukhusets övriga verksamheter. Vid universitetssjukhuset Örebro är exempelvis arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer och syn och hörselpedagoger ute på kliniker medan det finns en fysioterapiavdelning som ansvarar för verksamheten vid 16 av sjukhusets kliniker. I Örebro är logopediverksamheten en egen enhet.

Organisering – Norra regionen

Norrbottens läns landsting
Norrbottens läns landsting (NLL) har en liknande struktur som vårt landsting med flera länsdelssjukhus och stora avstånd, med skillnaden att NLL inte bedriver universitets/ regionsjukvård.

Inom verksamhetsområde Rehabilitering-Reumatologi finns specialistområdena Rehabiliteringsmedicin och Reumatologi som är länsspecialiteter samt delar av Geriatriska verksamheten. Utöver detta har verksamhetsområdet ansvar för sjukgymnastik/fysioterapi, arbetsterapi, kuratorsverksamhet och för Garnis Rehabcenter. Syn- och hörselenheten är ett länsövergripande kompetenscentrum där Hörcentralen, Pedagogiska hörselvården, Tekniska hörselvården, Syncentralen och Tolkcentralen ingår. Dietister jobbar mot sjukhus och hälsocentralerna i länet. Även logopedi är samordnade i en länsverksamhet.

Garnis Rehabcenter i Boden ingår i Kompetenscentrum Rehabilitering, Länsspecialiteten Rehabiliteringsmedicin. Enheten har länsuppdrag för rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom/skada och personer med långvarig smärta. Personer som uppfyller kriterier för rehabilitering på specialistnivå kan remitteras till Garnis Rehabcenter för smärtrehabilitering, neurologisk rehabilitering, individuellt rehabiliteringsprogram för personer med neurologisk diagnos, kognitiv rehabilitering för personer med lättare kognitiv problematik efter traumatisk hjärnskada samt rullstolsskola. Rehabiliteringen är teambaserad. Teamet består av arbetsterapeut, hälsovägledare, kostrådgivare, kurator, sjukgymnast/ fysioterapeut, sjuksköterska och psykolog.

Rehabilitering på primärvårdsnivå bedrivs vid länets samtliga vårdcentraler. Primärvården har ett generalistperspektiv och utgör basen i länets rehabiliteringsverksamhet. Rehabiliteringen kan ske i hemmet, på vårdcentral eller i samhällsmiljön. Den 1 januari 2010 infördes vårdval Norrbotten vilket innebär att varje vårdcentral som ansökt och godkänts av Norrbottens läns landsting har att uppfylla det förfrågningsunderlag som landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige fastställt. Se vidare under "Utvecklingsarbete".

Landstinget Västernorrland

Landstinget Västernorrland genomförde förändringar i sin organisation hösten 2015, då tidigare vårdområden ersattes med länskliniker. Rehabiliteringsverksamheten ingår i länsverksamhet Geriatrik, neurologi och rehabilitering. Verksamheten jobbar med geriatrik, akutgeriatrik, neurologi, stroke, rehabiliteringsmedicin, smärtbehandling och rehabilitering med fysioterapeuter (sjukgymnaster), arbetsterapeuter, dietister, kuratorer, psykologer och logopeder och finns på ett eller flera av sjukhusen i länet. Patienten erbjuds vård på det sjukhus där den vård finns som patienten behöver, oavsett vilket sjukhus som är närmast. Hur yrkesgrupperna är organiserade varierar mellan länets sjukhus. På Sundsvalls sjukhus ingår alla yrkesgrupper i rehabiliteringsverksamheten utom dietist som är organiserad inom respektive verksamhet. Vid Örnsköldsviks sjukhus ingår alla yrkesgrupper i rehabverksamheten. På Sollefteå sjukhus är fysioterapeuter/sjukgymnaster och arbetsterapeuter organiserade inom en enhet och kuratorer och psykologer inom en enhet.

Även inom primärvården varierar det hur yrkesgrupperna är organiserade. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter som ansvarar för den landstingsdrivna primärvården i Sundsvall är organiserade inom en egen enhet, PrimärvårdsRehab, som har sina lokaler vid en av stadens hälsocentraler. Psykologer i Sundsvall finns även fysiskt placerade vid samma hälsocentral. I övrigt är yrkesgrupperna organiserade under respektive hälsocentral i länet.

Region Jämtland Härjedalen

Från och med årsskiftet arbetar Jämtlands läns landsting enligt en ny organisationsmodell vilket innebär att 13 verksamhetsområden blir sju centrum.

Östersunds rehabcentrums uppdrag är rehabilitering för personer i vuxen ålder och har även länsuppdrag när det gäller rehabilitering av personer med neurologisk sjukdom, hjärn-ortoped eller ryggmärgsskada från 18 års ålder. Det finns även öppenvård samt övernattning för långväga patienter. En sjukhusbassäng finns för behandling och träning. Man tar emot patienter utifrån remiss från primärvård, länssjukvård och universitetssjukhus. Remiss bedöms av läkare utifrån fastställda remisskriterier. Frågeställning med tänkt målformulering för rehabperioden ska finnas tydliggjord i remissen. Från och med den 1 januari 2016 har antalet vårdplatser reducerades från 30 till 22 vårdplatser. En orsak till neddragningen var svårighet att bemanna vårdavdelningens samtliga vårdplatser. Verksamheten har fått behålla sina personalresurser som nu arbetar i större utsträckning med öppenvård och mer mobila lösningar utifrån ett länsperspektiv.

Verksamheten erbjuder specialiserad, teambaserad rehabilitering av vuxna som till följd av sjukdom eller skada fått betydande svårigheter eller är helt förhindrad att delta i vardagliga aktiviteter, samhällsliv, familj och arbete. Rehabiliteringen på avdelningen är tidsbegränsad

och behandlingsperioden bestäms utifrån patientens funktionsnivå och angivet huvudmål. Delmål sätts därefter upp tillsammans med patienten utifrån bedömning vid inskrivning men alltid med koppling till huvudmålet. Målen formuleras och kommuniceras med patienten i upprättandet av rehabiliteringsplan.

Insats sker utifrån patientens behov i sammansatt patient-team. Patienten kan ha kontakt med alla, eller med några av yrkeskategorierna arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, neuropsykolog, sjuksköterska, undersköterska och rehabassistent. Patientens rehabiliteringsbehov avgör vilka som ingår i patient-teamet och detta kan variera utifrån prioriterade åtgärder.

På Östersunds sjukhus finns två arbetsterapi- och sjukgymnastikenheter, en vid centrum för opererande verksamhet och en inom område Medicin. De ansvarar för respektive områdes inneliggande patienter samt öppenvård.

Även i primärvården är yrkesgrupperna organiserade på olika sätt. Sjukgymnaster/ fysioterapeuter är organiserade vid hälsocentralerna i länet. Samtliga arbetsterapeuter finns inom de kommunala verksamheterna med undantag av två arbetsterapeuter som ansvarar för handrehabilitering. Syn- och hörselpedagoger samt optiker är organiserade vid Syn- och hörselcentralen.

Utvecklingsarbete avseende rehabiliteringsverksamheter

Flera landsting/regioner har nyligen genomfört utredningar med fokus på rehabilitering, bland annat Region Örebro län, Landstinget i Uppsala län och Norrbottens läns landsting.

Norra regionen

Norrbottens läns landsting
Under våren 2009 gjordes en översyn av öppenvårdsrehabiliteringen i Norrbottens läns landsting (NLL). Resultatet visade att tillgången till rehabilitering såg olika ut i länet. Innehållet i verksamheten såg olika ut, arbetssättet varierade och samverkan mellan vårdnivåerna fungerade inte alltid optimalt. Vidare saknades ett enhetligt uppdrag för länets rehabiliteringsverksamheter.

Man beslutade att göra en översyn med fokus på patienter med behov av sammansatt, långvarig och ibland återkommande rehabilitering. Uppdraget var att säkerställa att invånarna i NLL har tillgång till god och likvärdig rehabilitering. Detta skulle göras i två steg. Steg ett innebar att formulera en länsgemensam överenskommelse där det framgick hur rehabiliteringen struktureras i nivåer samt hur ansvaret för rehabilitering borde se ut vid de olika nivåerna. Steg två innebar att formulera ett rehabiliteringsuppdrag vid de olika vårdnivåerna på basis av den tidigare relaterade överenskommelsen. I processen skulle särskild uppmärksamhet ägnas åt att förbättra samverkan mellan de olika vårdnivåerna men även att etablera öppenvårdsrehabilitering vid samtliga sjukhusorter samt att implementera ett basuppdrag.

Översynen har resulterat i en nivåstrukturering av länets rehabiliteringsverksamheter och en gemensam överenskommelse om ansvarsområden för de olika nivåerna. Den har också startat ett stort utvecklingsarbete inom länet som syftar till att förändra verksamheterna så att man arbetar enligt överenskommelsen. Rehabiliteringsverksamheten i NLL indelas översiktligt i tre nivåer:
Nivå 1 – primärvården generalistperspektiv.
Nivå 2 – specialiserat perspektiv – erbjuder en fördjupad kompetens och mer resurser än vad som finns tillgängligt på nivå 1. Rehabiliteringsverksamheterna är samlade i enheter knutna till specialistsjukvården vid sjukhusen.
Nivå 3 – Länsuppdrag vid två enheter (Sunderby sjukhus, Garnis Rehabcenter) med mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område jämfört med nivå 2. Fungerar som ett kompetenscentrum och har ett utbildningsansvar gentemot övriga nivåer.

I dagsläget pågår ett arbete med att se över rehab-överenskommelsen i samverkan med länets kommuner. Arbetet planeras att vara under vårterminen 2016. Anledningen till översynen är att överenskommelsen och nivåerna behöver ses över och korreleras efter hemsjukvårds-reformen som innebar att stora delar av primärvårdens ansvarsområden gick över till kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Landstinget Västernorrland
Det omställningsarbete som genomfördes vid sjukhusen i Västernorrland 2008-2010 innebar en reducering av rehabiliteringsresurser och medförde även att oklarheter mellan sjukhusens ansvar och primärvårdens ansvar uppstod. Likaså visade det sig att utbudet av rehabilitering vid sjukhusen inte var likartat, vilket stred mot principen om jämlik vård i länet. Därför tillsattes en rehabiliteringsutredning i augusti 2010. Utgångspunkt för arbetet var att göra en noggrann inventering av vilka rehabiliteringsinsatser som utförs inom landstinget och av vilken funktion.

Inventeringen visade på såväl skillnader i utbud som olikheter beträffande utförare i länet som utgör sjukhusens upptagningsområden. Det konstaterades även att det fanns behov av att klargöra ansvar för de områden som betraktades finnas i en "gråzon" samt tydliggöra vilka rehabiliteringsinsatser som kan vara egenvård. Efter genomförd inventering har ett arbete med att beskriva processer inom ett antal rehabiliteringsområden pågått. Uppdragstagarna föreslog ett fortsatt arbete med behandlingslinjer/rutiner för fler rehabiliteringsområden.

Landsting/regioner med universitetssjukvård

Region Örebro län
Den 1 januari 2015 slogs Örebro läns landsting och Regionförbundet Örebro ihop och bildade Region Örebro län. I samband med regionbildandet genomfördes en omorganisation av hälso- och sjukvården.

Bland annat bildades fyra närsjukvårdsområden i länet; ett i norra länsdelen, ett i västra, ett i södra och ett närsjukvårdsområde för Örebro. På de tre sjukhusen (Karlskoga lasarett, Lindesbergs lasarett och Örebro universitetssjukhus) blev också fler kliniker länskliniker med en gemensam planering av verksamheten.

Under 2014 ökade cheferna för de tre sjukhusen sitt samarbete för att hålla sig informerade om nyheter gällande organisationsstruktur och för samverkan. Man konstaterade att det fanns stora skillnader i vilka patientgrupper som prioriterades, vilket utbud som fanns vad gäller prevention, behandling och rehabilitering och de hade dessutom tre olika rutiner för samma sak. Det konstaterades att arbetet behövde systematiseras för att kunna leverera en jämlik vård.

Man såg en risk med detta eftersom det är viktigt att rehabprofessionerna för specialistvården finns i specialistvården. Med flera länskliniker kommer även ett länsperspektiv vara nödvändigt också för rehabprofessionerna. En länsklinik inom t.ex. kirurgi behöver i den nya organisationen ha kontakt med tre olika organisationer för rehabilitering, varav två inom närsjukvård. En länsklinik ger dock bättre möjligheter att hålla gemensamma riktlinjer, rutiner och utvecklingsarbeten.

Landstinget i Uppsala län
Rehabiliteringsfrågan är politiskt prioriterad inom Landstinget i Uppsala län. En motion skrevs 2012 om önskemål att utreda bristerna i vårdkedjan för rehabilitering. Tre större utredningar har därefter genomförts.

I mars 2013 initierades en utredning för att kartlägga brister i vårdkedjan avseende rehabilitering. Syftet med utredningen var att kartlägga brister i vårdkedjan avseende rehabilitering i Uppsala län, och utifrån detta ge förslag på förbättringsåtgärder. De övergripande frågorna rörde vilka brister som fanns i vårdkedjan när det gäller rehabilitering för utvalda målgrupper samt vilka förslag till åtgärder som fanns.

Utredningen visade att det fanns många brister i vårdkedjan när det gäller rehabilitering och att området är komplext. Det saknades enhetliga rutiner för samverkan och informationsöverföring och verksamheterna hade inte kunskap om varandra och varandras ansvar. Det fanns för många olika avtal, många var okända för vårdgivarna och ansvaret var otydligt formulerat, särskilt mellan primärvård och kommun. Det fanns också brister i förutsättningarna för rehabilitering. Primärvårdens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är omfattande. Trots primärvårdens omfattande ansvar för rehabilitering enligt HSL saknades flera professioner och förutsättningar för att arbeta i team och möjlighet till längre behandlingsperioder. Kommunerna hade ännu sämre förutsättningar för rehabilitering. Det saknades flera professioner, bland annat läkare som har det medicinska ansvaret. Det saknades lämpliga lokaler och kompetens för egenvård för de personer med funktionsnedsättning som inte kan träna inom friskvården. Förutom dessa brister så påtalades att behovet av rehabilitering var större än resurserna som fanns för rehabilitering. Rehabilitering som kunskaps- och kompetensområde hade låg status inom sjukvården, det saknades både resultatmått och kvalitetsmått för rehabilitering. Den ekonomiska styrningen gav inte tillräckliga incitament för rehabilitering, varken inom landstinget eller i kommunerna. Till exempel utgick ingen ersättning för samverkansinsatser eller teamarbete. Avslutningsvis konstaterades att det skulle behövas förbättringsåtgärder på många olika plan och under en lång tidsperiod.

En lång rad förbättringsförslag identifierades i rapporten, bland annat:
• Skapa rutiner för informationsöverföring mellan vårdgivarna för att samverkan ska

förbättras.
• Vem som har ansvar för patienten måste vara tydligt formulerat. Använd befintliga verktyg. Implementera rutiner för samverkan och informationsöverföring.
• Lämna uppdrag till projektgruppen för SIP om att detta arbetsverktyg ska användas för att skapa rehabiliteringsplaner och bättre samverkan kring rehabilitering.
• Tilldela uppdrag att skapa ett övergripande avtal för Uppsala läns landsting och alla kommuner när det gäller rehabilitering, som skrivs tydligt och med konkreta exempel på vem som har ansvar för vad (vilka behov). Undvik delade ansvar eftersom det ofta inte blir någons ansvar. Avtalet måste implementeras noggrant i alla verksamheter.
• Skapa flödesscheman/behandlingslinjer för rehabilitering för att tydliggöra vilka verksamheter som har ansvar för vilken del i vårdkedjan för dessa sjukdomsgrupper.
• Tilldela uppdrag att skapa samarbetsgrupper för de övriga sjukdomsgrupperna i utredningen.
• Klargöra det offentliga åtagandet och gränsdragningen mellan hälso- och sjukvård och egenvård.
• Tilldela uppdrag att skapa en struktur för egenvård för personer med funktionsnedsättning som inte kan utnyttja allmännyttans utbud. Det behövs lämpliga lokaler för fysisk och social träning samt aktivitetsträning med lämplig kompetens tillgänglig.
• Utarbeta ekonomiska incitament så att vårdgivarna kan tillhandahålla relevanta professioner och kompetens, och vårdcentralerna har förutsättningar att arbeta med rehabilitering under längre tidsperioder och att arbeta i team kring utredningens sjukdomsgrupper. Detta kan inkludera att nyinrätta rehabiliteringskoordinatorer.
• Utarbeta ersättningsmodeller som ger ekonomiska incitament för rehabilitering, samverkan och teamarbete, som mäter resultat och patientnytta och som ger ersättning för samverkans- och teamarbete.
• Skapa lotsar för stroke.
• Skapa rutiner för avvikelserapportering och uppföljning när det gäller flödet i vårdkedjan med avseende på rehabilitering.
• Nationell patientenkät bör mäta vårdkedjor som till exempel rehabilitering.
• Öppna jämförelser bör kompletteras med indikatorer som mäter tillgodosedda behov av rehabilitering för sjukdomar där rehabilitering är en viktig del i behandlingen, t.ex. utredningens sjukdomsgrupper. Idag finns endast indikatorn ”Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke”.
• Skapa kvalitetsindikatorer för rehabilitering.

En utredning av rehabiliteringsansvar inom Landstinget i Uppsala län och kommunerna genomfördes 2013-2014. En länsgemensam riktlinje för habilitering och rehabilitering togs fram: ”Vård i samverkan i Uppsala län - Riktlinjer för habilitering och rehabilitering”.

Den tredje större utredningen gällde samlad rehabilitering på Akademiska sjukhuset och genomfördes 2014-2015.

Efter detta har man på politisk nivå i Landstinget i Uppsala län beslutat att inga ytterligare utredningar ska genomföras men att befintliga utredningars åtgärdsförslag hanteras.

Ett projekt innehållandes åtgärder för att optimera rehabiliteringsprocessen har därför tagits fram och pågår från den 1 april 2015 till den 31 mars 2017. En projektledare har utsetts att

arbeta med projektet på halvtid under två års tid. En handlingsplan har upprättats med 21 punkter där några är prioriterade. Några exempel på punkter är implementering av länsgemensam riktlinje om habilitering och rehabilitering hos vårdgivarna både inom landstinget och i kommunerna, framtagande och implementering av rutiner för samordning i rehabiliteringsprocessen, säkerställande av att det finns en samordnad funktion inom landstingets vårdenheter som vägleder och verkar för att den enskildes rehabiliteringsprocess samordnas samt framtagande av vårdkedjor/behandlingslinjer för de största/vanligaste sjukdomarna när det gäller rehabilitering. Förutsättningar för projektet är medel för processtöd, en styrgrupp med mandat och möjligheter för berörda att delta i tillfälliga arbetsgrupper, god kommunikation i rätt tid samt engagemang från landstingets kommunikationsavdelning, vårdens verksamheter och fackliga synpunkter och referensgrupper.

Västra Götalandsregionen
Inom Västra Götalandsregionen pågår ett projekt för att definiera, främja och utveckla insatser för ett personcentrerat arbetssätt. Uppdraget ska på ett tydligt sätt kopplas till det långsiktiga målet att nå en patientdriven vård 2018. Det finns starka beröringspunkter med arbetet med den nya patientlagen och hälsofrämjande och förebyggande insatser.

För att nå en patientdriven vård måste mycket förändras i hälso- och sjukvården, förhållningssätt och synsätt på relationen mellan patient och behandlare behöver bearbetas, strukturer behöver anpassas efter patienters behov och förväntningar. Insatser för att utveckla ett personcentrerat arbetssätt kräver att en strategi tas fram för hur detta kan genomföras planerat, integrerat, jämlikt och kvalitetssäkrat i hela Västra Götalandsregionen. Det finns en stor efterfrågan efter kunskap om hur man kan införa ett personcentrerat arbetssätt inom många olika verksamheter.

Nationella utredningar

Den 1 januari 2015 infördes en sammanhållen patientlag för att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården. Vårdanalys genomförde en baslinjemätning innan lagen trädde i kraft för att kunna följa kommande effekter av lagen. Sammantaget visar mätningen att många av de skyldigheter som gällt sedan tidigare, många i mer än 30 år, inte följs fullt ut. Vårdanalys konstaterar att det krävs ett brett och innovativt arbete för att åstadkomma en ökad efterlevnad.
http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Patientlagen-i-praktiken---en-baslinjematning-/arbete,

En jämlik och likvärdig vård innebär inte givet att vård ska ges på samma sätt och i samma utsträckning överallt. Vårdanalys har genomfört en fördjupad analys av skillnader i vård, behandling och bemötande samt gett förslag på eventuella åtgärder. Av rapporten framgår att skillnader i vården är en förutsättning för en jämlik vård och därför är det viktigt att fokusera på de omotiverade skillnaderna i vården. Vården blir ojämlik när skillnader uppstår som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller behovsmässiga skillnader, det vill säga skillnader som inte kan förklaras av att patienter har olika behov eller förutsättningar. Dessa kan medföra betydande konsekvenser för utsatta patienter/grupper.

Av rapportens slutsatser framgår att ojämlikhet mellan landsting påverkas av hur vården är organiserad samt tillgången till specialistkompetens och utrustning. Detta innebär att olika landsting ger olika behandling till patienter trots att de har identiska förutsättningar. Lokala behandlingstraditioner påverkar dessa skillnader. Vårdanalys ger förslag på sex åtgärdsområden för att öka jämlikheten i vården.

- Utveckla en nationell modell för att mäta och följa upp ojämlik vård
- Kartlägg geografiska skillnader i tillgång till utrustning och specialistkompetens
- Stärk utsatta grupper i mötet med vården
- Öka kunskapen om vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal
- Stärk förutsättningarna för vårdpersonal att bedriva en mer jämlik vård
- Samla och utvärdera information om effekter av de metoder som tidigare provats för ökad jämlikhet

http://www.vardanalys.se/Rapporter/2014/En-mer-jamlik-vard-ar-mojlig---Analys-av-omotiverade-skillnader-i-vard-behandling-och-bemotande/

Vårdanalys gjorde 2014 en analys för att identifiera några av de utmaningar som vården behöver hantera för att bättre möta de behov som personer med kronisk sjukdom har. Rapporten visar att nästan hälften av befolkningen har en kronisk sjukdom och de står för en majoritet av sjukvårds- och sjukförsäkringskostnaderna. Dessutom har en fjärdedel av befolkningen mer än en kronisk sjukdom och drygt hälften läkarbesöken på akutmottagningar görs av personer med två eller flera kroniska.

Resultat som framkommer i analysen väcker frågor hur vården på ett bättre sätt ska kunna fullgöra de krav som ställs i lagar och andra bindande regler för att nå en patientcentrerad vård. Bland annat när det gäller skyldigheter om samordning, kontinuitet, delaktighet och information. Fortsatta åtgärder krävs på regional och nationell nivå för att:

- stärka samarbetet mellan kliniker och verksamheter – både inom landstingen men också med kommunerna,
- på ett bättre sätt än idag stödja och tillvarata kraften hos patienterna själva för att öka inflytande över deras egen vård och sjukdom,
- arbeta mer proaktivt för att undvika att patienten försämras och behöver söka annan vård,
- öka förutsättningarna för att ny kunskap kan omsättas i klinisk vardag samt
- att förbättra möjligheterna till uppföljning av prestationer, processer och utfall av vården av kronisk sjukdom, inte minst i primärvården.

http://www.vardanalys.se/Rapporter/2014/VIP-i-varden-Om-utmaningar-i-varden-av-personer-med-kronisk-sjukdom/

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har redovisat de slutsatser och rekommendationer som framkommit vid uppföljning av de nationella riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv. Uppföljningen visar att nationella riktlinjer bidrar till att göra vården mer kunskapsbaserad, men fortfarande är långt ifrån all vård baserad på bästa tillgängliga kunskap. Av rapporten framgår att riktlinjerna bidrar till att göra vården mer jämlik men att det fortfarande finns betydande och omotiverade skillnader. Vidare framgår att riktlinjerna inte i tillräcklig utsträckning understödjer en patientcentrerad vård. Det saknas robusta strukturer och processer för att ta vidare, implementera och följa upp nationella riktlinjer i

vårdens vardag. Enligt rapporten görs ett förtjänstfullt arbete utifrån dagens system för kunskapsstyrning både på nationell, regional och lokal nivå – men systemet hänger inte ihop.

Av den sammanfattande bedömningen framgår att vården behöver ett kunskapsstöd som understödjer och stärker patienternas och patientorganisationernas möjlighet till delaktighet och inflytande, detta för att stödja en samordnad och mer individualiserad vård som är anpassad efter individens behov och förutsättningar. Fortsatt arbete med nationell kunskapsstyrning föreslås därför fokusera på att kunskapen i ökad utsträckning ska nå ut till vårdpersonalen och patienterna. Det är i samverkan mellan patient och vårdpersonal som kunskapen ska omsättas i praktiken. Först när kunskapen når patientmötet kan den på allvar bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och patientcentrerad vård. Att uppnå ett ändamålsenligt system för kunskapsstöd i vården är en utmaning där många aktörer behöver involveras under lång tid. http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Lang-vag-till-patientnytta---en-uppfoljning-av-nationella-riktlinjers-inverkan-pa-varden-i-ett-decentraliserat-system/

Socialstyrelsen konstaterade 2010 att förutsättningarna för att följa upp rehabiliteringsinsatser fortfarande sker i begränsad omfattning. Vidare framgår att utvecklingspotentialen är stor för att ta fram evidensbaserad kunskap samt utvecklingen av vad som kan följas upp. Av rapporten framgår även att företrädare för handikapprörelsen och professionen pekar på att många personer med rehabiliteringsbehov inte får tillgång till insatser i tillräcklig omfattning, och ibland inte alls. Orsaken till detta kan enligt rapporten delvis förklaras av den kompetensbrist som råder om vilka rehabiliteringsåtgärder som har evidensbaserad effekt. Enligt rapporten leder detta till att rehabiliteringsinsatser inte tillräckligt väl synliggörs t.ex. i nationella riktlinjer. Vidare framgår att utveckling av uppföljning av rehabilitering ingår som en del i arbetet med strategin för god vård. Det är däremot angeläget enligt rapporten att inom respektive område arbeta för att rehabiliteringsaspekter beaktas i större omfattning än tidigare. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18207/2010-12-20.pdf

I den nyligen presenterade utredningen Effektiv vård framgår att i princip allt som påverkar effektiviteten i vården har kunnat analyseras till följd av uppdragets vida direktiv. Av resursskäl har dock utredningen bl.a. valt att inte behandla området rehabilitering. Det framgår att "vi är övertygade om att omfattning, organiseringen av och kvaliteten på rehabilitering har påverkan på behoven av vård och omsorg och av det skälet är intressant ur perspektivet effektivt resursutnyttjande. Samtidigt är området, med sin fragmentiserade ansvarsstruktur, komplexitet i form av åtgärder och avsaknaden av nationella data och uppföljningar över helheten svårt att överblicka. Det hade krävt betydligt mer utredningsresurser än vad vi haft till förfogande för att kunna analysera området på det sätt det förtjänar."http://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf