

REHAB LIDKÖPING -

Utvärdering av en gemensam enhet för rehabilitering i Lidköping

Slutrapport

Maj 2008

**Britt-Marie Brinkmo
Ingvar Karlberg**

e-post: ingvar.karlberg@gu.se

Innehåll

Förord	4
1. Sammanfattning	5
2. Samverkan mellan vårdgivare	7
3. Bakgrund till projektet	9
4. Närsjukvården i Lidköping och "Nya rehab"	11
5. Uppdrag och metod för utvärderingen	14
5.1. Den första utvärderingen	15
5.2. Den andra utvärderingen	15
5.3. Tredje utvärderingen	16
6. Resultat av utvärderingen	17
6.1. Den första intervjun	17
6.2. Enkäten	20
6.3. Den andra intervjun	22
7. Slutsatser	32
7.1. Slutsatser från utvärderingen	32
7.2. Allmänna slutsatser om organisationsmodellen	35

Förord

I Västra Skaraborg pågår sedan 2001 ett systematiskt arbete för att stärka samverkan mellan sjukhuset i Lidköping, primärvården och de sex kommunerna: "Närsjukvården i Västra Skaraborg".

Inom rehabiliteringsområdet har Lidköpings kommun och primärvården i Lidköping, som är en del av Västra Götalandsregionen, gått samman genom att ansvaret för stora delar av rehabiliteringssektorn tagits över av kommunen. I överenskommelsen ingår ansvaret för tekniska hjälpmedel.

Undertecknade har haft i uppdrag att följa och utvärdera om den gemensamma rehabiliteringsorganisationen kan uppfylla målsättningen att ge förbättrad vårdkvalitet för brukarna och ökad arbetstillfredsställelse bland medarbetarna. I tidigare delrapporter har utgångspunkterna och processen redovisats liksom resultaten från intervjuer och enkäter med den berörda personalen och ledningen för den gemensamma rehaborganisationen. I denna rapport sammanfattas de tidigare resultaten, som kompletteras med resultaten från nya intervjuer med all berörd personal under mars månad 2008.

Resultaten visar att delaktigheten i projektets genomförande har varit hög bland alla medarbetare och att förändringarna uppfattas som relevanta och nödvändiga. Det finns en gemensam uppfattning att en del av de problem, som tidigare funnits i gränsdragningen mellan huvudmännens ansvarsområden, lättare har kunnat lösas i den gemensamma rehabiliteringsorganisationen. En kvarstående fråga avser organisationens fortsatta former med hänsyn till de i huvudsak positiva resultaten och det regelverk, som reglerar ansvar och befogenheter för rehabsektorn inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Utvärderingsuppdraget gavs till Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys (CHSA) och har genomförts av undertecknade. CHSA avvecklade all ny verksamhet från 2007, detta projekt har emellertid genomförts och avslutats av samma projektgrupp.

Göteborg den 26 maj 2008

Ingvar Karlberg

Britt-Marie Brinkmo

1. Sammanfattning

I samband med Ädelreformen fick kommunerna ökat ansvar för medicinsk rehabilitering. Gränsdragningen mellan landsting och kommuner har i vissa fall inneburit olägenheter för brukarna och onödigt dubbelarbete för vårdgivarna. I Västra Skaraborg har därför en samverkansmodell för rehabilitering testats, som samlat ansvaret hos Lidköpings kommun. Den berörda landstingsanställda personalen har projektanställts inom kommunen. I det samlade ansvaret ingår även tekniska hjälpmedel.

Denna utvärdering av projektet har haft i uppdrag att följa och värdera personalens uppfattning om modellen, genomförandet och hur brukarna påverkats. En huvudfråga är vilka fördelar och nackdelar den kommunalt anknutna modellen har och om den skulle vara av värde även inom andra delar av Västra Götalandsregionen.

Utvärderingen har genomförts genom gruppintervjuer med personalen i samband med organisationsförändringen, en enkät till all personal efter ett år och intervjuer med personalen i projektets slutfas.

Resultaten visar att den tidigare organisationen hade så stora brister, att en förändring var efterlängtd. Genomförandet byggde på omfattande information och delaktighet från personalen. Samtidigt har detta engagemang tagit tid från andra uppgifter.

Projektet har haft starkt stöd från den berörda kommun- och primärvårdsledningen och den lokala ledningen och styrningen har varit koncentrerad och tydlig. Den har som projektledning haft stora förtjänster.

För brukarna har samverkansprojektet inneburit tydligare vägar genom vårdorganisationen. Genom att en större enhet skapats har specialkunskaper utvecklas och tagits tillvara i interna vårdkedjor.

För hjälpmedelsförsörjningen har samverkansprojektet inneburit stora fördelar med en enda beställare, vilket lett till mindre administration, minskat dubbelarbete och lägre kostnader.

Projektet i Lidköping visar att ökad integration mellan kommunal och landstingsdriven rehabilitering har fördelar för brukare, vårdgivare och huvudmän. Modellen bygger på avtalad samverkan mellan huvudmännen och kräver ingen ändring av gällande regelverk.

2. Samverkan mellan vårdgivare

Hälso- och sjukvård är ett komplext system. Med det menas inte bara att det är komplicerat utan också att verksamhetens delar inte kan genomföra helheten utan att samverka. Exempel på ömsesidigt beroende är samspelet mellan diagnostiska verksamheter t.ex. röntgen och behandlande t.ex. operation respektive vårdande enheter. Med ökande specialisering ökar risken för fragmentering och samtidigt behovet av att hålla samman vårdprocesserna. Fragmentering och bristande samordning beror i huvudsak på bristande ledarskap, även om legala och organisatoriska förutsättningar spelar roll som stöd för verksamheten.

Samverkan mellan vårdande enheter och mellan vårdgivare kallas med ett engelskt begrepp för *integrated care*. Det betecknar en serie av aktiviteter, som är planerade, samordnade och levererade till enskilda brukare och som omfattar flera vårdgivare och olika professionella grupper. *Integrated care* kan omfatta hela spektrat från högspecialiserad vård och vård på lokalsjukhus till primärvård, kommunal vård och anhörigvård.

Integrated care kan utvecklas till mer eller mindre fasta vårdprocesser. Det kan handla om att skapa arenor för samtal och utveckling av gemensamma mål, det kan handla om att utveckla gemensamma vårdprogram, det kan handla om att dela personal och lokaler och det kan handla om att slå samman verksamheter till nya konstellationer. Om integrationen sker inom en organisation talar man om vertikal- mellan organisationer om horisontell integration.

Integration kan hota den egna integriteten och det finns ofta motkrafter mot ökad samordning. Det vanligaste hotet är att makten flyttas till någon annan. Ett annat problem, när man genomför samordningar, är att förväntningarna på att alla problem skall lösas ofta visar sig ogrundade. När gamla problem kvarstår får samordningsprocessen dåligt rykte.

I Sverige har hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten helt olika legala förutsättningar att arbeta under. Det påverkar bl.a. integritetskraven för brukarna liksom "rätten" till behandling eller åtgärd. Dokumentation av utredningar och åtgärder, som rör enskilda, kan därför inte delas med hela teamet utan att särskilda sekretessregler tillämpas, vilket kan försvåra integrationen.

Genom Ädelreformen blev kommunerna betalningsansvariga för personer, som av sjukvården bedöms som utskrivningsklara från sjukhusen. Den snabba minskningen av patienter, som var medicinskt färdigbehandlade,

skedde delvis till följd av en snabb anpassning av resurserna för äldreomsorg i kommunerna, till vilket betalansvaret bidrog. Det tyder på att ekonomiska drivkrafter har stor betydelse även inom offentlig sektor. Genom betalningsansvaret blev "Svarte Petter spelet" inte längre möjligt i diskussionerna mellan vårdgivare.

Samverkan mellan vårdgivare kan motverkas om målen för verksamheten är olika, om kulturskillnaden är stor och om de finansiella incitamenten styr åt fel håll. Å andra sidan underlättas samverkan genom gemensamma mål och riktlinjer, genom ekonomiska morötter och genom gemensam information. Tillit mellan aktörerna är av avgörande betydelse.

3. Bakgrund till projektet

I mitten av 1960-talet tog landstingen successivt över ansvaret för distrikts- och stadsläkarna från staten. Tanken var att en helhetssyn på hälso- och sjukvården skulle främjas genom att landstingen fick ett tydligare ansvar och gavs instrumenten för utvecklingen. Under denna tid myntades LEON-principen, lägsta effektiva omhändertagande nivå, som syftade till ett basalt sjukvårdsansvar för primärvården. Landstingens helhetsansvar omfattande också äldreården; långvården, de lokala sjukhemmen och hemsjukvården var landstingens ansvar. Den kommunala omsorgen omfattade fr.f.a. boende, försörjning och hemtjänst, medan sjukvården sköttes av landstingen.

I takt med att nya medicinska metoder kunde erbjudas allt fler och fr.f.a. äldre personer uppstod flaskhalsar i systemet. Aktiv behandling med nya metoder för bl.a. höftledsartros, för grå starr och för kranskärlssjukdom ledde till kraftigt ökad efterfrågan med s.k. prevalenspucklar och inrättande av nya vårdenheter. Hela hälso- och sjukvårdssystemet påverkades, nya undersökningar krävde ny utrustning och ny kompetens och för den patientnära vården gällde det att anpassa utredning och behandling till de nya teknologierna.

För att stödja införandet av nya metoder och se till att brukarna fick tillgång till dessa utarbetades nationella riktlinjer och lokala vårdkedjeprogram. I änden av dessa vårdkedjor fanns behov av aktiv rehabilitering i slutet och öppen vård. För detta uppstod ökande problem med s.k. bedblockers, dvs. personer som var medicinskt färdigbehandlade vid den enhet där operation eller annan behandling genomförts, men som behövde fortsatt stöd och träning. Landstingens sjukhem var i många fall inte anpassade till aktiv rehabilitering, dessutom var platstillgången begränsad. För landstingen var incitamenten att få bort flaskhalsarna begränsade genom att patienterna redan var omhändertagna om än på fel nivå.

I detta läge genomfördes Ädelreformen 1992 och genom den öppnade man dörren till primärkommunerna för aktiv medverkan i hälso- och sjukvården för äldre. I ansvaret ingår rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning av de patientgrupper, som omfattas av Ädel. Genom reformen fick kommunerna ta över ansvar men också skattemedel från landstingen. Cirka 20 % av den tidigare landstingsskatten överfördes genom s.k. skatteväxling, dessutom stöddes genomförandet av staten med bidrag till utbyggnad av äldreboenden. Särskilda administrativa sjukskötersketjänster inrättades i kommunerna för kvalitetssäkring av äldre sjukvården s.k. medicinsk ansvariga sköterskor, MAS.

I mindre kommuner har det funnits svårigheter att bygga upp egen kompetens och kapacitet för det utökade ansvaret. Det har därför varit naturligt med olika former av samarbete kommunerna emellan och med respektive landsting. Denna samverkan har på många platser fördjupats och organiserats som en kommun- och landstingsgemensam verksamhet.

Inom Västra Götalandsregionen beskrivs ansvarsfördelningen mellan primärvården och kommunerna i det s.k. Primärvårdsavtalet. Detta grundar sig på överenskommelser dels vid psykiatrireformen 1995 dels i samband med regionbildningen 1999. Avtalet har successivt kompletterats och förtydligats.

Avtalet anger ansvar bland annat för personer med behov av sjukvård i särskilt och eget boende, personer med behov av rehabilitering samt personer med behov av tekniska hjälpmedel. Avtalet ger ramarna, utformningen av praxis sker i den lokala tillämpningen. Denna ger ibland gränsdragningsproblem i verksamheterna.

I Västra Skaraborg pågår sedan 2001 ett systematiskt arbete för att stärka samverkan mellan sjukhuset i Lidköping, primärvården och de sex kommunerna i västra Skaraborg: "Närsjukvården i Västra Skaraborg". Inom närsjukvårdsprojektet finns möjligheter att pröva nya organisationsmodeller för samverkan.

I den modell som valts för rehabilitering i Lidköping ligger ansvaret hos Lidköpings kommun och landstinget köper genom primärvården tjänsterna av kommunen. Den berörda landstingsanställda personalen har tjänstledigt från Västra Götalandsregionen och är projektanställd inom kommunen. (Den polkliniska sjukgymnastiken ingår inte. Se mer längre fram.) I det samlade ansvaret ingår även tekniska hjälpmedel.

4. Närsjukvården i Lidköping och "Nya rehab"

Beslutet om en samordnad rehabiliteringsorganisation togs våren 2005 av respektive förvaltningar i Västra Götalandsregionen och Lidköpings kommun. Beslutet föregicks av ett flerårigt berednings- och planeringsarbete där politisk förankring och förankring i personalgrupperna var omfattande. Organisationsförändringen skall ses som en del i det mer omfattande projektet "Närsjukvården i Västra Skaraborg", som nämnts ovan. Det innebar att det fanns kontakter och personliga relationer, som stöd för beslutet.

Formellt blev den personal i primärvården som berördes, tjänstledig från sina ordinarie befattningar och projektanställda i kommunen. På det sättet fick alla under projekttiden samma arbetsgivare. Hela projektet berörde vid tiden för genomförandet 45 personer varav 12 från primärvården i Västra Götalandsregionen. De som fick ny arbetsgivare var arbetsterapeuter, assistenter, sjukgymnaster och sjuksköterskor från poliklinisk arbetsterapi och läkarledd dagrehab, däremot stannade de sjukgymnaster, som hade hand om den polikliniska rehabiliteringen inom primärvården, kvar i primärvården. Detta kom att skapa en ny gräns i vissa fall mot de arbetsterapeuter, som tidigare ingått i primärvårdsgruppen.

Före projektstarten hade motsvarande personalgrupper i de respektive förvaltningarna delvis olika anställningsförmåner och lönenivåer. Detta korrigerades efterhand genom olika insatser, för detta avsattes i projektbudgeten särskilda medel.

En styrgrupp bestående av företrädare från vård- och omsorgsförvaltningen i Lidköpings kommun och primärvården för Västra Skaraborg har haft det övergripande ansvaret för projektet. En projektledning har haft det dubbla uppdraget att dels leda projektet dels leda den dagliga verksamheten med fullt ledningsansvar för personal, ekonomi och verksamhet.

Organisationen av enheten, som omfattas av projektet, har varit platt med en chef och ett antal samordnare för grupper om fem till femton medarbetare. Samordnarnas uppdrag har varit att tillsammans med områdeschef ansvara för samordning och utveckling inom respektive område.

Den samordnade enheten kallas Rehab Lidköping och består av fem verksamheter; dagverksamhet, arbetsterapi, sjukgymnastik,

hjälpmedelsförråd samt syn- och hörselinstruktör och är organiserad i nedanstående grupper.

Dagverksamhet

Målsättningen för dagverksamheterna är att stödja och träna den enskilde att klara aktiviteter i det dagliga livet. Rehab Lidköping bedriver dagverksamhet på Bräddegården och Östhaga dit vårdtagarna vanligtvis kommer en gång i veckan. Träningen sker både i grupp och enskilt och social stimulans ingår som ett väsentligt moment.

Arbetsterapi och sjukgymnastik inom särskilt och ordinärt boende, på korttidsenhet och inom LSS- verksamhet

Arbets terapeuter och sjukgymnaster analyserar och bedömer funktion, aktivitetsförmåga och miljö utifrån den enskildes förutsättningar att klara ett självständigt liv. Det leder till utformning av träningsprogram, utprovning och förskrivning av hjälpmedel samt anpassningar av bostäder. Därutöver ges handledning till enskilda, anhöriga och vårdpersonal.

Teamrehab

Teamrehab är en läkarledd, remissbelagd rehabilitering där arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och undersköterskor arbetar i team. Verksamheten vänder sig främst till personer med hjärnskador eller ortopediska och neurologiska sjukdomar och skador. Bedömning, behandling och träning ges efter individuella behov.

Poliklinisk arbets terapi

Inom den polikliniska arbets terapi finns mottagningsverksamhet för personer med bl.a. ledsjukdomar, handskador, stroke och smärta. Gruppen ombesörjer även hembesök och arbetsplatsbesök i vissa ärenden. Verksamheten samverkar med läkare inom primärvård och länssjukvård. Andra samarbetsparter är försäkringskassan, företagshälsovården, arbetsgivare och den polikliniska sjukgymnastiken inom primärvården.

Reception

Receptionen för Rehab Lidköping fungerar både som kassa för mottagnings-verksamheten och som knutpunkt för all verksamhet inom den gemensamma organisationen. Till receptionen kan patienter, allmänhet och andra vårdgivare vända sig och få information om verksamheten och bli hänvisad till rätt person.

Hjälpmedelsförråd

Det gemensamma hjälpmedelsförrådet har till uppgift att tillhandahålla, reparera, rekonditionera, anpassa och återta hjälpmedel för kommunens

invånare. Hjälpmedelsförrådet ansvarar även för reparation och besiktning av arbetsteknisk utrustning framför allt sängar och personlyftar inom förvaltningen. Genom avtal med regionens hjälpmedelsförvaltning ges också viss service till Sjukhuset i Lidköping samt till Barn- och ungdomshabiliteringen.

Syn- och hörselinstruktör

Inom Rehab Lidköping finns en syn- och hörselinstruktör. En arbetsterapeut förstärker verksamheten, som ger syn- och hörselskadade stöd till ett självständigt liv genom råd och handledning, träning och justering av optiska och tekniska hjälpmedel samt genom anpassning av hemmiljön.

5. Uppdrag och metod för utvärderingen

Denna utvärdering handlar om samverkansprojektet mellan Lidköpings kommun och primärvården inom Västra Götalandsregionen när det gäller rehabilitering. I utvärderingen av projektet har uppdraget varit att följa och värdera följande aspekter:

- Uppfattning om och attityder till samverkan bland de medverkande
- Processen och genomförandet
- Personalens arbetsmiljö
- Generaliserbarheten

Det innebär att frågor om information, delaktighet, ledarskap, samarbete och annat som är viktiga delar i arbetsmiljön har beaktats i utvärderingen.

En huvudfråga för själva projektet är vilka fördelar och nackdelar den kommunalt anknutna modellen har. Slutsatsen skall kunna generaliseras till andra delar av Västra Götalandsregionen.

I denna uppföljning och utvärdering har tre metoder använts. Inledningsvis genomfördes gruppintervjuer med grupper om fem till åtta personer från gemensamma arbetsområden och ett och ett halvt år in i projektet gjordes en enskild, anonym enkät. Resultaten från dessa båda utvärderingar har tidigare rapporterats.

I den tredje och sista utvärderingen har intervjuer genomförts med grupper om två eller tre personer. Samtlig personal erbjöds delta. Samtal med styrgruppen och ledningsgruppen genomfördes var för sig. Dessa båda representerar uppdragsgivarna för utvärderingen och redovisas i annat sammanhang.

Den första omgången intervjuer gjordes under hösten 2005, enkätundersökningen våren 2007 och sista omgången intervjuer i mars 2008. Vid de båda intervjutillfällena användes strukturerade intervjuer med intervjuguides. Intervjuerna varade i genomsnitt en timma och spelades in på band.

5.1. Den första utvärderingen

Den första omgången intervjuer gjordes med grupper sammansatta utifrån arbetsgrupperna. Nio grupper med mellan 3 och 8 personer intervjuades, sammanlagt deltog 57 personer inklusive tjänstemän och politiker ansvariga för beslutet och för den överordnade ledningen.

Intervjuguiderna och enkäten utgick från vissa nyckelbegrepp, som i andra analyser av förändringsarbete visat sig lämpliga. Några av dessa är

- samordning
- fokusering
- nätverk
- systematik
- delaktighet
- förankring
- prioriteringar

Samordning innebär att skapa en samlad kraft och en god överblick över verksamhetsinnehållet, som alla berörda kan dra nytta av. Ingen skall kunna "köra sitt eget race". Målet för fokusering är att få alla delaktiga samtidigt som kunskapsmassan ökas. I nätverk kan man på ett effektivt sätt arbeta med olika frågor, som rör såväl praktiska som teoretiska spörsmål. En god systematik är nödvändig för att bli effektiv. Det kräver uthållighet och goda personliga relationer.

Framgången i ett förändringsarbete påverkas vidare av i vilken omfattning medarbetarna känner sig delaktiga, vilket kräver en fungerande och tydlig informations- och beslutstruktur. Varje medarbetare skall känna till vilken behörighet denne har och ledningen bör utövas på ett sådant sätt att alla har klart för sig både uppdragets innehåll och gällande policy och inriktningsdokument. Framgången i ett utvecklingsarbete och lusten att ta på sig nya arbetsuppgifter eller att ändra de befintliga påverkas av hur arbetsinnehållet prioriteras.

5.2. Den andra utvärderingen

För att ge varje medarbetare möjlighet till egen reflektion över organisationsförändringen utformades en enkät. Enkäten byggde på frågor, som ofta används i utvärdering av arbetsmiljö utformad av Sigvard Rubenowitz

anpassad för verksamheten i Lidköping. Totalt innehöll enkäten 28 frågor med fem värderingsalternativ från mycket positiv till mycket negativ uppfattning. Det fanns också öppna frågor med möjlighet till egna kommentarer.

Enkäten skickades till 49 medarbetare, det inkom 46 svar, vilket är en svarsfrekvens på 91 %. Alla svarade inte på alla frågorna, svaren per fråga varierade mellan 84 och 94 %.

5.3. Tredje utvärderingen

Till det tredje steget i utvärderingen dvs. den andra intervjuomgången inbjöds all personal att delta. Grupperna sattes samman byggt på profession och mindre på arbetsgemenskap som vid de första intervjuerna. För att ge alla berörda möjlighet att uttrycka sin uppfattning begränsades gruppernas storlek till högst tre. Intervjuer genomfördes med 16 grupper och sammanlagt deltog 46 personer. Alla som inbjöds deltog, bortfallet beror på ledigheter

I den tredje utvärderingens intervjuer ingick en uppsättning frågor, som berörde hela processen från information före starten, delaktighet i planeringen och genomförandet till en bedömning av slutresultatet med tanke på hur man skulle vilja att projektet förs vidare. I den intervjuomgången diskuterades också hur personalen uppfattar att patientperspektivet påverkats. Givna citat är personliga men är representativa för gruppen.

6. Resultat av utvärderingen

Resultaten från utvärderingsomgång 1 och 2 har redovisats tidigare och sammanfattas här för att peka på den utveckling som skett under projektiden.

6.1. Den första intervjun

6.1.1. Uppdraget

Alla oavsett profession hade god kännedom om verksamhetens uppdrag och det fanns en gemensam bild av vad det innebar och hur det borde utföras. Samstämmigheten förklarades av att en stor del av personalen hade lång erfarenhet. Däremot gick uppfattningarna isär om rehabverksamhetens resurser och några menade att vissa insatser måste prioritera bort. Men svårigheter att klara uppdraget berodde inte bara på pengar utan att det saknades tid. Utökade resurser skulle fr.f.a. behövas för att korta väntetider. Man ansåg också att beredskapen att hantera volymökningar var låg.

6.1.2. Logik i idén

Ansvarsdiskussionerna, som var ett resultat av Ädelreformens gränsdragning, föll omedelbart bort, vilket alla noterade och såg som positivt för verksamheten och för brukarna. Till det kom effekterna av gemensam dokumentation. Ett möjligt problem var att tillgången till läkare och sjuksköterskor skulle kunna försämrats genom att kommunen blev huvudman för rehabiliteringsorganisationen.

Från politiskt håll framhölls vikten av att öppenvårdsinsatser framstår för brukarna som samlad och sammanhållen oavsett vem som utför den och att administrativa hinder skall undanröjas.

6.1.3. Nyckelpersoner i projektet

Även om projektet hade en formell förankring bland verksamhetsföreträdare och politiker med en tydlig placering i linjeorganisationerna, fanns det ett tydligt nyckelpersonsberoende. Av intervjuerna framgick att ledningen var medveten om att projektets framgång till stor del kunde kopplas till ett individuellt engagemang.

6.1.4. Krismedvetenhet/förändringstryck bland berörda

Det delade huvudmannaskapet skar rakt igenom rehabiliteringsarbetet och gav upphov till gränsdragningsproblem också när det gällde hjälpmedel. Det var inte sällan patienten, som blev lidande av otydligheten, och personal, ledning och politiker insåg alla att något behövde göras. Å andra sidan var man klar över att alla problem inte skulle lösas med en organisationsförändring. Dessutom fanns risker när man river gamla murar att man bygger nya revir. Majoriteten av personalen kom från kommunen och förväntade sig inga större förändringar för sin egen del, men bland dem som kom från primärvården fanns en viss oro inför den förändrade situationen.

6.1.5. Goda relationer mellan aktörer

I utgångsläget var relationerna inom ledningen och mellan ledningen och vårdpersonalen goda, vilket sågs som en förutsättning för genomförandet av förändringen. Till den politiska nivån hade medarbetarna inga relationer, men man uppfattade att man hade politikernas stöd för själva förändringen.

De intervjuade politikerna framhöll de långvariga och goda relationer, som lett till gott samarbetet mellan Lidköpings kommun och primärvården. Det lyckade samarbetet förklarades av att ledningarna hade den nödvändiga kulturkompetensen och lång erfarenhet och kunskap om de lokala utvecklingsmöjligheterna.

6.1.6. Delaktighet bland personalen

Delaktigheten i förändringen var omfattande och många hade deltagit i grupparbeten om organisationsstrukturen. Ingen uttryckte missnöje med delaktigheten och alla ansåg sig välinformerade. Delaktigheten hade stärkts genom arbetet i arbetsgrupper. Personalen ansåg också att den haft stort inflytande över projektets inriktning och målformulering.

6.1.7. Förankring av processen

Personalen ansåg att man varit tydligt delaktig i utformningen av den nya organisationen men att detta samtidigt hade varit tidskrävande. Stimulans att ändå medverka hade varit förväntningarna på de kommande förbättringarna. Insatserna hade emellertid varit så omfattande att det bara var möjligt att klara under en kortare tid.

6.1.8. Fokusering på förändringen

Det fanns en tydlig gemensam uppfattning att dubbla huvudmannaskap inom rehabiliteringen inte är optimalt. Men det fanns också nackdelar med den nya modellen bl.a. var man orolig att rehabiliteringen som organisation skulle bli mindre synlig i kommunens stora åtaganden där inte allt fokuseras kring vård.

6.1.9. Intervjuarnas slutsatser från intervjuomgång ett

Vid tiden för de första intervjuerna hade organisationsförändringen ännu inte genomförts fullt ut och projektet stöddes fortfarande av pionjäranda och nyskapande entusiasm. Det var vid det tillfället inte möjligt att värdera projektets långsiktiga konsekvenser och utvärderingen fokuserade därför på vilka risker och möjligheter som borde beaktas i det fortsatta arbetet.

Det fanns stora förväntningar bland medarbetare och ledning att gemensam organisation skulle lösa många problem, ge hög arbetstillfredsställelse och en patientfokuserad verksamhet. Inte minst den goda förankringen och möjligheter till delaktighet och informationsutbyte innebar att förväntningarna var högt ställda. Å andra sidan hade medarbetarnas oro uppmärksamats och ledningen hade inte sopat problem under mattan, utan noggrant diskuterat dessa med personalen. I arbetsgrupperna hade medarbetarnas kunskaper tillvaratagits, vilket personalen uppskattat.

Motstånd som en rationell reaktion kan beror på viljan att behålla det som är välkänt och tryggt. Det kan också bero på att förändringen hotar med extra arbetsinsatser, att sociala band bryts eller på ändrade maktförhållanden. I intervjuerna med personalen var sådana farhågor inte framträdande. Den risk som kunde anas i denna fas var en övertro på att projektet skulle lösa alla problem. Det fanns andra problemområden, som projektet inte hade till syfte eller hade möjligheter att lösa.

Det är angeläget att ha beredskap för oväntade händelser. Detta projekt har varit nyckelpersonsberoende, vilket kan äventyra processen som har löpt under lång tid. Vi anser dock att ledningen har givit uttryck för en beredskap för oväntade händelser.

De olika yrkeskategorierna kom från olika verksamheter med olika kulturer och en viktig fråga var om primärvården flyttade in hos kommunen eller om det var hela rehabverksamheten i Lidköping, som gemensamt skulle skapa en ny miljö med en patientcentrerad kultur. För att få en bild av vad de enskilda medarbetarna ansåg om processen planerades därför en enkätundersökning, som utgjorde utvärderingssteg 2.

6.2. Enkäten

6.2.1. Den egna arbetssituationen

Drygt 90 % av de svarande ansåg att arbetssituationen var bra eller mycket bra. En ansåg att den var dålig. Uppfattningen om möjligheter till vidareutbildning var något mindre positiv, 30 % ansåg att möjligheterna var goda eller mycket goda.

På frågan om de egna arbetsresultaten är viktiga svarade 75 % att de ansåg att de var mycket viktiga. På frågan om de svarande ansåg att lönen svarade mot kompetensen svarade knappt hälften att lönen var rimlig medan resten var mer tveksamma eller ansåg att lönen inte alls stod i relation till kompetensen.

6.2.2. Den nya organisationen

Information om organisationsförändringen hade givits under ganska lång tid innan projektet startade och 75 % ansåg sig ganska eller mycket nöjda med informationen. När det gällde information om framtiden var uppfattningarna någon mer negativa.

Hälften av dem tillfrågade ansåg sig engagerade i förändringsarbetet, 25 % i någon mån och resten inte alls. Svar på frågan om delaktighet fördelade sig på liknande sätt. Styrgruppens satsning på personalen för att få organisationen att fungera bedömdes av 60 % av de tillfrågade som tillräcklig.

Ett av målen för projektet var att undanröja administrativa gränser och en fråga avsåg hur samverkan mellan kommunen och landstinget utvecklats. Knappt 60 % ansåg att kommunikation och samverkan förbättrats, men några menade att den blivit sämre.

Till samverkan hör också ansvargränser. I detta fall var uppfattningen mer negativ och en majoritet ansåg att ansvarsfrågan inte blivit tydligare. Närmare hälften uppgav att konflikter mellan personalgrupper och mellan samordningsgrupperna förekom ibland. Några tillfrågade ansåg att det förekom ofta eller mycket ofta.

6.2.3. Brukarperspektivet

På den allmänna frågan om rehabverksamheten blivit bättre för brukarna svarade 75 % att den blivit bättre. På frågan om det blivit lättare för

brukarna att hitta rätt genom den nya organisationen svarade drygt hälften att det blivit mycket eller ganska mycket lättare och en tredjedel i viss mån.

6.2.4. Öppna svar

Det som har blivit bättre:

- För vårdtagarna minskade risken att hamna mellan stolarna, att tappas bort och att komma i kläm genom gemensam reception, telefonnummer, dokumentationssystem och gemensamt ansvar.
- Brukarna kunde också erbjudas bättre vårdkvalitet genom att gruppens kompetens breddats.
- För personalen innebar sammanslagningen mindre sårbarhet och högre kompetens.
- Diskussioner om ansvar för enskilda brukare minskade och samarbetet inom gruppen underlättades.

Det som har blivit sämre:

- För vårdtagarna angavs inga särskilda nackdelar.
- För personalen innebar processen mycket möten, den stora gruppen upplevdes otymplig med mycket möten som inte rörde alla.
- Samarbetet med primärvården försämrades för vissa.
- Anställningsförmånerna ändrades, vilket av vissa upplevdes som särskilt negativt (den frågan återkommer i den sista utvärderingen, eftersom förändringar skett sedan dess).

6.2.5. Intervjuarnas slutsatser från enkätundersökningen

En majoritet av de svarande angav i huvudsak positiva svar på frågorna om arbetsituationen och hur organisationen fungerade. Det bör emellertid observeras att en majoritet av de berörda var kvar hos sin ursprungliga arbetsgivare och inte hade berörts personligen i särskilt stor utsträckning. Enkäten var anonym och det gick inte att koppla positiva respektive negativa svar till vissa personalgrupper.

Den viktigaste slutsatsen från enkäten var att det fanns en liten grupp anställda, som var missnöjda med processen och med sin arbetsituation, vilket borde beaktas av styrgruppen i det fortsatta arbetet.

6.3. Den andra intervjun

Den andra intervjuomgången kom att inriktas på hur man upplevt den nya rehaborganisationen med fokus på den interna organisationen, arbetssituation och yrkesroll samt patientperspektiv. Organisationsförändringens framgång kan ses både ur ett socialt och ur ett kulturellt perspektiv eftersom utvidgningen medfört att sociala relationer har förändrats samtidigt som två kulturer ska formas till en ny.

6.3.1 Den nya rehaborganisation

Vid intervjuerna framkom att de flesta samtalsgrupperna upplevde projektet som positivt och att det totalt sett har medfört positiva erfarenheter. Två grupper var något tveksamma.

Det som lyfts fram är att det mesta är som vanligt, men att samarbetet mellan olika verksamheter och den interna kommunikationen går smidigare. Flertalet uppgav att de är lika positiva nu som vid projektstarten. Det har blivit lättare att ta och få kontakt med varandra och man arbetar mer tillsammans kring patienterna. Flera gav uttryck för farhågor om att gå tillbaka och att det skulle uppfattas som ett nederlag.

”Det har varit positivt. Det är något som vi hade efterfrågat i många år. Det känns mer som vanlig verksamhet än ett projekt. Vi är vana att arbeta så här. Sedan löser det inte alla verksamhetsproblem. Dem har vi kvar. Vi kan testa olika varianter”.

”Det är ganska bra. Vi har fått mer att göra och vi är flera personer på arbetsplatsen och det hade det inte varit om inte projektet hade blivit. Ibland har vi lite för mycket att göra. Men det fungerar bra.”

”Det är så många projekt så man vet snart inte längre vad som hör till projektet och vad som är gammalt. Jag är positiv till att man har en gemensam organisation där kommunen och primärvården samarbetar. Vi är på rätt väg.”

”Projektet fortskrider och det händer hela tider förändringar. Arbetsuppgifter har blivit intressanta men det är lite mycket tyngd. Då kan det hända att man känner en viss otillfredsställelse av att inte hinna med.”

I de intervjugrupper där man var mer tveksam handlade det mycket om organisationens storlek och att man upplever ett visst utanförskap genom uppdelning i mindre enheter. Trots att man är i en gemensam organisation upplever man att det finns många öar och att projektet känns lite spretigt.

”Svårt att säga om det är enbart bra. Jag upplever vissa positiva saker som gemensamt journalsystem. Vi har blivit en stor arbetsgrupp och det känns jobbigt ibland. Förut kunde man greppa. Och man visste vad som hände. Det jag saknar är att vi inte har primärvårdens sjukgymnaster med oss. Det hade varit bättre om alla hade varit med.”

”Eftersom det finns få gränser och det mesta går att lösa inom organisationen. Däremot tycker jag att det går lite mera trögt än vad jag trodde att det skulle göra. Jag saknar en struktur för hur vi skall lösa en del rutiner.”

”Jag tycker att organisationen har blivit för stor. Det har ju hänt andra saker än bara detta. Sedan dök samordnaren upp och allt skulle gå genom den. Det gör att allt blir splittrat. Det har blivit en heriakisk ordning.” ”Den uppleva gränsproblematiken som alla talade om upplevde jag inte särskilt kollegialt.”

När det gäller dokumentation framkom dels att det gemensamma journalsystemet innebär fördelar, samtidigt att det skapar nya gränser. När det gäller både primärvårdens och kommunens system har personalen inte generell behörighet att ta del av information om de egna brukarna. Spärrarna mellan systemen är både legala och tekniska och upplevs av personalen som onödiga och i vissa fall svåra att förstå. Samstämmighet råder om att en större öppenhet skulle underlätta arbetet och gynna brukarna.

”Frustrationen med skilda journalssystem har gått över. Tanken med en gemensam journal är bra. Förhoppningsvis kan den utvecklas ännu mer så att vi öppnar onödiga gränser och så att vi kan se helheten på patienten på ett annat sätt.”

”De är bättre genom att vi kan se vem som varit inne och arbetat med patienter. Har distriktet varit inne eller är det ett nytt ärende. Därför kan vi lättare lotsa rätt på en gång. Några kan ju se allas journaler och kan skiva i dem. Men det gäller inte alla.”

”Det skulle det bra om vi hade mer tillgång till gemensamma uppgifter. Vi har ju tillgång till sköterskorna journal. Det är fortfarande oklart vilka patienter som hör till primärvårdens sjukgymnaster och vilka som hör till kommunens sjukgymnaster. Det får man ingen ordning på. Alla gör på lite olika sätt och alla gör som de vill eftersom det inte finns någon klar gräns.”

När det gäller att vara delaktig och engagerad i projektet upplever det stora flertalet av samtalsgrupperna att man varit ganska delaktig och att man varit nöjd med delaktigheten. Flera uppgav att man varit mer delaktig i början av projektet och lite mindre nu. Några grupper var mer tveksamma och uppfattade sig inte som delaktiga i lika hög grad.

”Det var något som vi ville, så visst kände man sig engagerade. Man känner sig inte utanför eftersom man fortlöpande fått information under hand.”

”Jag har suttit med i samordningsgruppen så jag känner mig delaktig.
Delaktig är man ju eftersom man arbetar i det. Kanske var det lite mer i början.”

”Ja, absolut. De var vi själva som var för det. Vi var i Lundsbrunn och planerade ihop. Vi var med i olika grupper som t.ex. journalgruppen och så kunde vi komma med synpunkter. Vi var väldigt aktiva.”

”Nja, vi var nog olika delaktiga i olika grupper. Processen var igång innan vi startade så alla var väl inte med. I och för sig hade vi planeringsdagar där alla var med.”

”Inte för min del. Detta ramlade på oss bara. Vi fick kontakt med en större grupp. Vi har inte påverkat projektet, så på så sätt har vi inte varit delaktiga. Vi känner oss dock engagerade genom att vi träffar fler människor. Ja, det tycker jag nog.”

”Vi var med på alla möten och vi pratade i grupper. Där fick man säga vad man tyckte. Tycker dock att det inte alltid var högt till tak.”

Samtliga grupper uppgav att projektet inte har ökat risken för konflikter trots att man kom från olika kulturer. Det som orsakade en del turbulens var framförallt de förmåner, som primärvårdens personal hade haft tidigare och som man genom övergången gick misste om. Det fanns skillnader

mellan primärvården och kommunen i framförallt lönesättning, regler för stämpelklocka, kurser och arbetskläder. Dessa skillnader har under projekttiden lösts.

”Det var mycket diskussioner kring flexklockan. De som kom från primärvården var lite missnöjda eftersom de upplevde att de förlorade en del såsom fri sjukvård, träningskort och arbetskläder.”

”Jag tycker att det har minskat genom att vi sitter på samma ställe. Man känner inte det lika starkt. Nu kan vi gå in och prata med varandra direkt. Det var mycket tjat om t.ex. hjälpmedel och sådant. Men å andra sidan har det blivit en stark tonvikt på det här huset, vilket leder till att de som sitter på andra ställen kan nog känna sig lite utanför.”

”Kommunen har tillfört extra medel för att justera lönenivåerna. Frågan om arbetskläder var en källa till mycket irritation eftersom kommunen uppgav att de hade svårt att skaffa arbetskläder till sin vårdpersonal, Det var betydligt lättare att skaffa skyddskläder till de gubbarna som går ute. Det tog tid och det var källa till irritation.”

Alla grupperna uppgav att man fortfarande är lojal mot själva idén med en gemensam rehaborganisation, även om det finns viss kritik mot genomförandet. Det finns också en viss oro för att projektet inte fortsätter utan att organisationen går tillbaka till den tidigare uppdelningen.

Flera tog upp frågan om de sjukgymnaster, som valde att stannat kvar i primärvården där vissa känner att man har fått mindre kontakter med dessa.

”Jag hade nog propsat mer idag på att de skulle vara med för att Rehab skulle bli en starkare grupp” ”Det är svårt att veta hur frågor, som ligger mellan huvudmännen t.ex. förebyggande insatser för äldre hanteras. Jobbar de med detta eller inte, vem har ansvaret? Om vi var i samma organisation skulle vi kunna arbeta samman bättre.”

Organisationens storlek, flexibilitet och anpassningsförmåga styrs i hög grad av den rådande kulturen. Organisationsförändringen innebar i stort sett att primärvårdens personal flyttade över till kommunen. En sådan förändring kräver anpassning från båda håll. När det gäller organisationen råder det blandade uppfattningar om den har rätt dimension, även om det flesta instämmer i att det är bättre nu än tidigare.

6.3.2. Ledning och styrning av projektet

Ledning och styrning av projekt sker av en rehabchef och en medicinskt ansvarig distriktsläkare. Framgången i ledningen har varit nära förknippad med de personer som initierat projektidén. Den nya organisationen lyder formellt under omsorgsförvaltningen och leds av rehabchefen, som också är projektledare. Projektets styrgrupp har representanter från kommunen och primärvården och har det övergripande ansvaret. De flesta gav uttryck för att man upplevt stöd från styrgruppen under projektets gång och att det har varit en viktig faktor för engagemanget.

”Styrgruppen har varit väldigt positivt till det här och vi har träffat dem vid några tillfällen. Även om vi inte träffar dem särskilt ofta har det känts som om de varit på vår sida.”

Samtliga grupper är mycket nöjda med rehabchefen som person, som omnämns som mycket kunnig, lyhörd och ambitiös. Däremot var det flera i samtalsgrupperna som poängterade att chefskapet är för omfattande genom det stora antalet medarbetare. Lösningen med samordnare för varje område upplevs inte tillräckligt bra för att alla ska känna stöd från den närmaste chefen.

”Hon är lyhörd för våra önskemål och försöker ofta göra det bästa. Det skulle behövas stöd, det är många att vara personalchef över. Antingen kan man lägga mer på samordnaren eller så får man tänka om när det gäller ledningen”

”Vår chef har alldeles för mycket på sina axlar för att mäktas med. Vi är för många och jag tycker inte att det fungerar. Samordnare finns men de har inget personalansvar och utgör inte något större avlastningsförvärför chef. Samordnaren ordnar ledighetsansökningar och semesterplanering. Det behövs stöd för att kunna hantera både personalansvar och att driva verksamheten framåt.”

”Jag känner att vår närmaste chef har för mycket att göra, så hon får mest arbeta övergripande och kan därför inte stötta så mycket som vi skulle behöva. Därför får vi stötta varandra”

Bland nästan samtliga grupper framkom en viss osäkerhet om ledningen är dimensionerad för uppdraget. För närvarande fungerar det beroende på de personer som finns i organisationen. Flera gav också uttryck för, i den händelse det skulle bli personalbyte, organisationen skulle bli mer sårbar.

Den nya samordningsfunktionen utan arbetsledaransvar upplevs som otydlig. Flera gav uttryck för att man saknade en professionell yrkesgemenskap med samordnare eller att det förelåg ett geografiskt avstånd. Bland samordnare själva finns också en viss osäkerhet om den nya rollen.

”Som samordnare får man information genom våra gemensamma träffas med rehabchefen. Där man får information om vad som händer på andra ställen. Från början hade jag väldigt svårt att veta vad jag skulle göra och vad som förväntas av mig. Nu är det blivit lite klarare. Samordningen mellan våra grupper är ett svårt uppdrag eftersom vi befinner oss på olika ställen. Därutöver är det personaluppgifter av praktisk art som tar mycket tid.”

”Det är länken mellan oss och rehabchefen trots att de inte har några chefsuppgifter. Vi träffas i varje vecka och genom dem får vi nödvändig information.”

”Jag har inget gemensamt med min samordnare. Hon sköter ledigheter och viss information. Men mera är det inte.”

Några påpekade att vissa samordningsområden är små och homogena medan andra är större och inte lika homogena varför belastningen på samordnarna är olika. Samordnarna kan inte heller hålla samman delarna, när de finns på olika ställen.

”Vi som inte finns i huset känner oss lite utanför. Vi missar en del information som inte kommer till oss. Det känns om det är lite viktigare att arbeta på Ågårdens vårdcentrum och vi känner oss lite off side. Även om all information gått ut via mail förstår vi att viss information ges i kafferummet under fikastunderna.”

När det gäller den interna information råder det olika uppfattningarna om hur informationsspridningen bör gå till. De gemensamma stormötena upplevs som positivt av vissa medarbetare och meningslösa av andra. De som var positiva menade att det var ett bra tillfälle att träffa arbetskamrater eftersom verksamheten är på olika ställen. Andra menar att det är onödig tid som ger lite tillbaka och att den tiden skulle kunna utnyttjas på ett bättre sätt.

Det allmänna stormötet (APT) är inget forum för diskussion men väsentligt för att alla skall få en gemensam baskunskap om verksamhet som friskvård, utbildning och externa kontakter. Verksamhetsutvecklingsfrågorna ligger

på samordnarna där deras samordningmöten ska utgöra basen för dialog. Därutöver finns yrkesspecifika träffar och en facklig samverkansgrupp.

”Vi får mycket information via mailen. APT är en form av allmänna möten i form av föreläsningen där det inte finns utrymme ta upp frågor. Mötena är så pass stora att det är få som vågar komma till tals i en grupp på femtio personer. Men det är bra att få veta vad andra gör.”

”Jag har mer gemensamt med mina yrkeskollegor eftersom samordnaren och jag har olika bakgrund och hon kan sällan svara på de frågor som jag ställer.”

”Det är mycket möten. När vi går på APT är det mycket information som inte är intressant.”

”Det är mycket av information som inte berör oss. Det känns onödigt att sitta och lyssna ett par timmar på sådant som inte berör en.”

6.3.3. Arbetsituation och yrkesroll

Organisationsförändringen har inte medfört några större omflyttningar bland personalen, utan de flesta arbetar med samma arbetsuppgifter nu som tidigare. Under projekttiden har några nya medarbetare tillkommit.

Av samtliga tillfrågande upplevs arbetsituationen som tillfredställande och de flesta är nöjda. Några gav dock uttryck för att arbetet har blivit tyngre och att man ibland har svårt att hinna med sina arbetsuppgifter. Arbetstyngden för vissa verksamheter upplevs också svårt att förändra.

Det råder delade uppfattningar om i vilken utsträckning kompetens tas tillvara. Det finns också en viss styrning från ledningen mot vilka utbildningar som kan vara värdefulla för den enskilde medarbetaren.

Nästan samtliga anser att man får utnyttja sin kompetens och att det finns möjligheter till vidareutbildningar. För de som kom från landstinget upplevs möjligheten till vidareutbildning som sämre även om frågan tas upp vid medarbetarsamtal. Möjligheten för alla att delta de utbildningar som Västra Götalandsregionen anordnar upplevs dock som positivt.

”Jag anser att vår chef har stor koll på vilka utbildningar som vi behöver och brukar ringa och påminna oss.”

”Kortare utbildningar finns det hela tiden och det är en viss

konkurrens om vem som får gå. Det är svårt att se hur turordningen ser ut. Pengarna räcker bara till en del och man känner sig inte som en del av processen. Kanske har de en urna som man drar en lott ur eller om det finns en plan.”

”Kommunen är lite snål med det. Det är inte alltid tillräckligt och ibland kan man få en uppfattning om att man skall vara färdigutbildad. Däremot försöker vår chef att ständigt påminna om vikten av att läsa poängkurser.”

Den nya organisationen har öppnat för möjligheten till ökad specialisering genom att man har blivit fler då flera arbetar tillsammans. Vissa har fått några förändringar genom den nya samordningsrollen, andra har fått en mera speciell inriktning eller arbetar med patienter med särskilda behov t.ex. personer med handproblem.

”Det är lättare att be om hjälp nu från våra arbetskamrater. Kanske för att vi sitter i samma hus. Det blir så automatiskt för att man umgås och lär känna varandra. Man vet vad de andra är bra på.”

”Snarare sämre i så fall. Desto mindre grupp desto mer inflytande kan man ha. Man känner att man skulle vill göra mer än vad man gör.”

Behovet att få professionellt stöd i arbetet vid svåra situationer växlar. Eftersom många har arbetat under många år och har lång erfarenhet, försöker man lösa svåra situationer genom att bistå varandra. De flesta upplever att det finns utrymme för reflektion och finns det behov av ytterligare stöd finns det en speciell krisgrupp.

”Vi sätter oss ner efter jobbet och pratar och har stöd i varandra. De flesta som har arbetat länge har lärt sig. Sedan är det vissa saker som berör en mera.”

Möjligheten till arbetsrotation har funnits under projekttiden men har inte utnyttjats i någon större omfattning.

”När några har slutat har vi fått frågan om vi har varit intresserade av att ta över, vilket har varit mycket bra. De som har provat har nog tyckt att det varit lyckat.”

På det hela taget var nästan alla i grupperna nöjda med sin nuvarande arbetssituation och betraktar sig som öppna för ytterligare förändringar. Deltagarna i två av grupperna var något mer tveksamma.

6.3.4. Brukarinflytandet

Brukarinflytande är inte bara en fråga om delaktighet, utan också en fråga om kvalitet inom vård och omsorg. Under samtalen diskuterade grupperna om den nya rehaborganisationen medfört några förändringar för brukarna, eftersom detta bl. a var ett av de målen för organisationsförändringen.

Inom vissa delar av verksamheten ansåg man inte att brukaren har märkt någon skillnad genom att arbetet utförs på samma sätt som tidigare. Flera grupper bedömde att brukaren nog får samma vårdinsats som tidigare, men att vägen dit har blivit enklare och kortare. Den interna vårdkedjan inom rehab tycks fungera bättre.

”Tidigare bollades människor mellan olika instanser och det finns väl ingen logik i det. Jag tror inte att folk i allmänhet vill lägga tid på att söka mellan folk som ändå gör samma jobb.”

”Jag tror att det är färre som ramlar mellan stolarna genom den nya organisationen, och det är lättare att slussa till rätt ställe. Det är lättare med hjälpmedel också. Slussarna flyter mycket bättre till skillnad för några år sedan.”

”Nej, inte hos oss. Vi arbetar på samma sätt.”

Den gemensamt bemannade receptionen med ett enda telefonnummer upplevs som väldigt positivt och hjälper brukaren att hitta rätt. Det gemensamma telefonnumret upplevs också underlätta för personalen och man får inte så många klagomål på att folk har ringt till många instanser innan de kommer rätt.

”Förut visste inte brukarna om de hade hamnat rätt, om det var rätt distrikt, rätt yrkesgrupp. Receptionen är väldigt duktig på att slussa vidare.”

Rent allmänt försöker man möta brukarens behov så gott det går. Man har numera flera lösningsmöjligheter både i form av hembesök eller besök vid Rehab. Det upplevs som att det numera är friare former.

”En brukare som är en primärvårdspatient tidigare skulle ha gått på teamrehab har nu valt bort detta och har nu hemrehab istället eftersom den möjligheten finns.”

”Ibland är vi överdrivet förändringsbenägna till att försöka möta brukarens behov och det känns bra.”

6.3.5. Intervjuarnas slutsatser från den andra intervjuomgången

Vid tiden för den andra intervjuomgången har huvudmännen att fundera över om projektet varit tillräckligt framgångsrikt för att övergå i ordinarie verksamhet. Osäkerheten om dess framtid framkom också under intervjuerna, vilket talar för att det finns behov av tydliga informationsinsatser.

Det är fortfarande tydligt att organisationsförändringen upplevs som angelägen. Den tidigare uppdelningen hade brister, som behövde åtgärdas. Den organisationsform som valdes upplevs som tillfredsställande, även om det finns viss kritik mot genomförandet.

De förväntningar, om att förändringen förväntas lösa tidigare problem, har nu landat i en insikt om att man löst vissa problem samtidigt som nya har tillkommit. Det är också våra intryck, att det bland medarbetarna finns en öppenhet för att ta till sig nya förändringar för att utveckla verksamheterna ytterligare.

Idag finns en stor grupp, som upplever projektet som i huvudsak positivt. Vid sidan av detta finns en mindre grupp, som knappast berörts och som har kvar sina gamla arbetskamrater och sina arbetsuppgifter. Dessutom finns en minoritet, som anser att modellen har principiella brister och inte är optimal och som också har kritik mot genomförandet.

Under intervjuerna återkommer vi vid flera tillfällen till idealbilder och framgångskriterierna för verksamheten och vad som kännetecknar en effektiv rehabilitering.

Rehab kännetecknas av en relativt hög målkomplexitet där det finns variationer mellan olika verksamheters målsättning och normer. Graden av professionalisering medför en viss fristående legitimitet oberoende av organisationsförändringen. Båda faktorerna kan antas medföra oenighet bland medarbetaren om vilka mål och normer som är viktigast.

För brukarna har den gemensamma receptionen och den gemensamma hanteringen av hjälpmedel medfört förenklingar i kontakten med rehaborganisationen.

7. Slutsatser

7.1. Slutsatser från utvärderingen

Vid alla organisationsförändringar finns förväntningar om att förändringen ska leda till något bättre. Från den enskilda medarbetarens utgångspunkt kan förändringen medföra såväl förbättringar som försämringar. Den egna upplevelsen grundas på att det är lättare att behålla det som känns invariant och tryggt och svårare att ta till sig något nytt. Vår samlade bedömning är att styrkan i förändringen ligger i själva processen som sådan där alla på olika sätt och utifrån olika förutsättningar har bidragit till projektets framgång under tiden.

Projektet målsättning beskrevs med effektmål och projektmål. Projektmålen avsåg konkreta förändringar, som skulle genomföras under projekttiden i syfte att uppnå effektmålen.

Av intervjuerna framgår att de flesta av projektmålen har uppfyllts. Effektmålet avsåg att inom primärvårdens och kommunens ansvarsområde uppnå en rehabiliteringsverksamhet, som är effektiv, av god kvalitet och med en väl fungerande vårdkedja, där den enskildes behov och förutsättningar står i centrum.

Vi anser att projektet svarar väl mot både de uppställda projektmålen och målen avseende effektivitet och kvalitet och av intervjuerna framgår inte annat än, att medarbetarna upplever förbättringar av vårdkedjan. I vilken omfattning detta kan utläsas bland brukarna är oklart då några intervjuer med brukarna inte gjordes.

Det är vår bedömning att Rehab Lidköping verksamhetsmässigt fungerar bra och att organisationen har ett starkt stöd bland en majoritet av medarbetarna. Det är också vår uppfattning, att möjligheterna för personalen att fördjupa sina kunskaper och specialisera sig inom något område är större än tidigare.

Det är också tydligt att huvudmännens stöd och engagemang under projekttiden varit tydligt för samtliga medarbetare och därigenom genomsyrat arbetet och bidragit till en hög grad av acceptans.

Den gemensamma organisationen ger möjligheter till samverkan, som till vissa delar bygger på relationer. De professionella rollerna och yrkesgränserna kan fortfarande utgöra ett funktionellt hinder

för samarbete. Tryggheten i den egna yrkesrollen talar dock för goda förutsättningar att utveckla samarbetet mellan enheterna i ännu större omfattning än vad som har gjorts.

Även om projektet är en framgång, är det angeläget att beakta de synpunkter på ledning och styrning, som medarbetarna givit uttryck för. Samordnarfunktionen är otydlig och ansvarsfördelningen på ledningsnivå delvis oklar. Det är därför vår uppfattning att en tydligare ansvarsfördelning bör övervägas och att detta bör kunna ske inom nuvarande organisation.

En sammanfattande analys över processen, nuläge och framtid, som anger några av de interna faktorerna som styrkor, svagheter och några av de externa faktorerna som möjligheter och hot visar följande.

	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Processen	Bra information. God förankring. Hög grad av delaktighet Uttalad "vilkänsla".	Tidsödande planering. Långsam start. Nyckelpersonsberoende	Bra initiativ. Allmänt accepterad åtgärd. Politisk förankring.	Nya roller. Otydlighet. Ny maktfördelning. Andra aktörer och arbetsförhållanden.
Nuläge	Organisationen synlig med hög status. Sänkta kostnader. Gemensam fil för alla brukare. Erfaren personal.	Nya gränser. Stor organisation. Platt organisation. Ojämn arbetsbelastning Informationsstruktur.	Expertfunktion. Samordning, effektivisering. Samordnad hjälpmedelsfunktion.	Tradition, kultur, förebilder och utanförskap.
Framtid	Patientperspektiv. Synlighet. Medicinsk kvalitet.	Storleken. Konkurrens inom kommunen. Otydlig i linjen. Alltför platt.	Specialisering. Sänkta hjälpmedelskostnader. Gemensam dokumentation.	Åter till det gamla. Stor organisation med risk för fragmentering. Personalförändring

Processen

- Vår bedömning är att den tidigare organisationen hade så stora brister, att en förändring var nödvändig. Bristerna i det delade ansvaret drabbade fr.f.a. brukarna.
- Stödet från administrativ ledningsnivå med politisk förankring har varit starkt i genomförandet.

- Processen har genomförts med omfattande information till och delaktighet från personalen. Mycket tid har gått åt till planering och rapportering.
- Effekter av skillnader i kultur, anställningsformer etc. har successivt minskat men kvarstår delvis.
- Det samlade ledningsansvaret för projektet och för verksamheten har haft både fördelar och nackdelar.
- Implementeringsprocessen har ökat arbetstillfredsställelsen bland flertalet medarbetare

Utfallet

- Rehab i Lidköping med Ågårdens vårdcentrum som sammanhållande länk har goda förutsättningar att utvecklas till ett starkt centrum för gemensam rehabilitering.
- Stordriftsfördelarna har inneburit möjligheter till kompetensutveckling och specialisering. Stordriftsnackdelarna är en tungrodd organisation med mycket tid till möten och fragmentering i mindre grupper.
- Nya konstellationer skapar nya gränser. I detta fall har bl.a. samverkan med primärvården i vissa fall påverkats negativt.
- Gemensam vårdokumentation har underlättat samarbetet inom enheten, men de negativa effekterna av sekretessgränser mot andra verksamheter har i vissa fall ökat.
- För brukarna har samverkansprojektet inneburit tydligare vägar genom vårdorganisationen.
- För vårdgivarna har det inneburit lägre kostnader och förbättrad hjälpmedelshantering.

7.2. Allmänna slutsatser om organisationsmodellen

Vårt utvärderingsuppdrag redovisas ovan. Här följer i några korta punkter allmänna erfarenheter, som bygger på projektet i Lidköping. Rehab Lidköping är inte unikt, det finns liknande modeller och lösningar runt om i landet, som alla visar att ökad integration mellan kommunal och landstingsdriven rehabilitering har fördelar för brukare, vårdgivare och huvudmän.

I Lidköping har en modell använt, som bygger på avtalad samverkan mellan huvudmännen och som inte kräver någon ändring av gällande regelverk. Det finns därför anledning för övriga huvudmän i Västra Götaland att överväga liknande lösningar. Det förutsätter emellertid ett områdesansvar för primärvård, som möjliggör avtal på kommunnivå.

Den modell för verksamheten, som bäst svarar mot brukarnas behov, är den där personalen inte behöver fundera på om den arbetar åt landstinget eller kommunen och där patientens behov av insats är utgångspunkten för arbetet och inte huvudmannaskapet. Integration av verksamheter på det sätt som skett i Rehab Lidköping svarar mot många av dessa behov.

Slutligen kan vi konstatera att rehabilitering som ämnesområde har goda förutsättningar till fullständig integration mellan huvudmännen. Det är ett medicinskt område där gränsdragningen i den bakomliggande lagstiftningen är otydlig och där brukarna ofta har svårt att göra sig hörda. Därför finns både behov och möjligheter att utveckla integrationen ytterligare.