

FÖRESTÄLLNINGAR OM EN VÅRDKEDJA



Yvonne Witzöe

Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Magisterprogram i evidensbaserad forskning
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2016
Handledare:	Morten Sager, Carina Abrahamson Löfström
Examinator:	Ingemar Bohlin

Abstract

Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Magisterprogram i evidensbaserad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2016
Handledare:	Morten Sager, Carina Abrahamson Löfström
Examinator:	Ingemar Bohlin
Nyckelord:	Vårdkedja

Syfte: I media rapporteras återkommande om bilden av en bristande vårdkedja där patienter, barn och andra närstående blir lidande på grund av bristerna mellan och inom samhällets välfärdsorganisationer. Patienter rapporteras ”falla mellan stolarna” och riskerar att inte få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Uppsatsen avser utgöra ett bidrag till en ökad förståelse och kunskap om vårdkedjan för människor med förvärvad hjärnskada under 65 år. I uppsatsen undersöks följande frågeställningar:

- Hur ser kunskapsläget och lagstiftning ut inom området?
- Hur kan problemet förstås utifrån ett översättnings- respektive diffusionsperspektiv?

Teori: I syfte att djupare förstå vårdkedjans processer har jag inspirerats av de två vetenskapsteoretiska begreppen diffusions- och översättningsperspektiv. Inspiration till att studera förändring som processer eller kedjor av översättningar kommer främst från vetenskaps- och tekniksociologin med Latour och Callon, vilka är frontgestalter inom Actor-network-theory (ANT). Utifrån dessa teorier har sedan Czarniawska och Joerges utvecklade översättningsmodellen och introducerat denna i organisationsteorin. Genom vetenskapsteoretisk reflektion och analys vill jag utforska och öka förståelsen för olika perspektiv. Hur kan vårdkedjan för målgruppen förstås och tolkas utifrån de två nämnda vetenskapsteoretiska perspektiven?

Metod: För att besvara uppsatsens frågor har jag studerat litteratur, rapporter, lagstiftning, vetenskapliga artiklar och genomfört intervjuer samt deltagit vid en workshop. Jag kan sägas ha betraktat respondenterna som analytiker av sin egen praktik och tagit del av deras erfarenheter och föreställningar. I intervjuer har jag använt mig av en kvalitativ undersökningsmetod med semistrukturerade frågor. Respondenterna var verksamma inom specialistsjukvård, primärvård (offentlig), kommun och brukar-/intresseorganisation. Vid workshopen användes LFA-metoden, (Logical framework approach). Resultatet från intervjuerna och workshopen redovisas i form av en empirisk sammanställning. Analysen utgår ifrån att ständiga översättningar sker mellan olika aktörerna i vårdkedjans övergångar.

Resultat: Uppsatsen visar på förekomsten av två olika bilder av vårdkedjan. Den rådande och ”officiella” föreställningen tycks utgöras av en linjär kedja där länkarna med dess övergångar ”per automatik” förväntas fungera utifrån framtagna rutiner. Men denna bild kolliderar med en annan. Anställda och patientorganisation ger uttryck för en frustration över att insatserna inte alls överlappar och länkar i varandra. De vittnar om en icke fungerande vårdkedja där människor riskerar att ”falla mellan stolarna” och där metaforen inte alls stämmer. I analyskapitlet resoneras kring tänkbara effekter och såväl fördelar som nackdelar med presenterade föreställningar. I uppsatsen presenteras även visst vetenskapligt stöd för interventioner, vilka syftar till att människor med en måttlig/svår förvärvad hjärnskada ska kunna återgå till ett liv i samhället. I slutkapitlet redovisas några faktorer som i uppsatsen framstår som angelägna för välfungerande vård- och omsorgsprocesser.

Innehållsförteckning

Förord.....	4
Inledning.....	5
Syfte och frågeställningar.....	7
Välfärdssektorns utveckling.....	8
Tecken på förändring?.....	9
Aktörer och förutsättningar.....	11
EBM och EBP.....	11
Vad krävs för att människor ska kunna återgå till ett liv i samhället?.....	14
Erfarenheter från andra målgrupper.....	15
Vad framgår av rapporter och kartläggningar.....	15
Vad reglerar samverkan?.....	18
Lagstiftning.....	18
Sammanfattning.....	20
Teoretiska perspektiv.....	21
Översättning kontra diffusion.....	22
Samverkan och gränser.....	23
Empirisk insamlingsmetod.....	24
Intervjuer.....	24
Workshop.....	25
Sammanställning av empiriskt resultat.....	26
Analys.....	31
Olika bilder av vårdkedjan.....	32
Vetenskapsteoretiskt analysperspektiv.....	34
Vilken påverkan kan dessa olika föreställningar ha?.....	36
Slutkapitel.....	38
Referenslista.....	40

Bild/omslagsbild: Mostphotos

Förord

Jag har arbetat som processledare i Göteborgsområdet med samverkansfrågor mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. En del av mitt arbete handlade om människor med förvärvad hjärnskada under 65 år, vilka är i behov av insatser från både kommun och region/landsting. Jag tog starkt intryck av den komplicerade livssituation som många av dessa människor hamnar i.

I målgruppen ingår traumatiska skador och neurologiska sjukdomar som stroke, MS, Huntington, ALS, Parkinson m.fl. Oavsett ålder innebär en förvärvad hjärnskada ofta stora konsekvenser för den enskilde som drabbas och dess närstående. Motoriska, kognitiva, kommunikativa och emotionella svårigheter är vanliga vilket påverkar socialt samspel och förmågan till självständighet i vardagslivet. Stroke är den enskilt största diagnosen. Årligen drabbas 30 000 personer i Sverige, var 17:e minut insjuknar en person. Det är den tredje vanligaste dödsorsaken och den klart vanligaste anledningen till att vuxna personer drabbas av funktionsnedsättning. 80 % av de drabbade är äldre personer över 65 år, men under senare år märks en tydlig ökning bland yngre personer under 45 år.

I min uppsats väljer jag att fokusera på den vårdkedja som är avsedd att tillförsäkra målgruppens behov av vård, rehabilitering och omsorg. Enligt Lindberg (2002, s.31) definieras begreppet vårdkedja ofta som ”patientens väg genom vården” där processer och flöden synliggörs genom en kedjemetafor.

Under mitt yrkesliv har jag haft olika uppdrag, främst inom kommunal verksamhet men som projektledare var jag under en period anställd på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Jag har arbetat som chef på olika nivåer men längst tid har jag arbetat som planerings-/processledare. Jag är utbildad specialpedagog och mina olika uppdrag har hela tiden haft koppling till funktionshinderområdet. Med åren med allt större intresse för strategiska utvecklingsfrågor kopplat till ledning och styrning. Idag arbetar jag på GöteborgsRegionens kommunalförbund (GR/FoU i Väst) som planeringsledare inom det sociala området där även frågor inom funktionshinderområdet ingår.

Jag har alltid varit intresserad av hur samhället kan skapa förutsättningar för att människor med olika funktionsnedsättningar ska kunna leva ett liv som andra och vilken kunskap som verksamheterna behöver ha för att stödja detta. Jag har arbetat under, och upplevt perioden med institutionsvård av personer med intellektuell funktionsnedsättning (utvecklingsstörning) och personer med psykisk funktionsnedsättning. Under en relativt kort tid i Sveriges historia har kartan helt förändrats och idag lever människor med svåra funktionsnedsättningar integrerade i samhället. I vilken utsträckning dessa personer själva upplever sig inkluderade i samhället utgör ytterligare ett perspektiv.

Samhällsutvecklingen ställer krav på att utveckla nya arbetsmodeller för behandling och annat stöd i syfte att skapa sammanhållna insatser för den enskilde, något som framstår som en utmaning för de olika huvudmännen med sina skilda uppdrag. Inom t.ex. psykiatri- och socialpsykiatri har det bland annat skett en utveckling av integrerade arbetsmodeller inom ramen för omfattande nationella satsningar. Målgruppen personer med förvärvad hjärnskada och även andra grupper inom funktionshinderområdet har inte varit föremål för motsvarande stora satsningar. Men inte desto mindre, är behovet av ett liknande utvecklingsarbete tydligt för dessa grupper. Diagnos och ålder tycks inte vara den viktiga faktorn utan snarare människors behov av att få sina olika insatser, från olika huvudmän - samordnade. I detta sammanhang är det angeläget att försöka förstå vårdkedjans utmaningar och processer.

Att stärka kunskapsutveckling förutsätter en nära koppling mellan teori och praktik. Kraven på att arbeta med och utveckla evidensbaserade metoder inom både kommun och region samt öka samverkan och patienters/brukares delaktighet genomsyrar den statliga styrningen inom området. Detta avspeglas i den nationella infrastrukturen för en sammanhållen kunskapsstyrning och samordning för socialtjänst och hälso- och sjukvård som är under utveckling i Sverige.

Inledning

I media rapporteras återkommande om bilden av en bristande vårdkedja där människor blir lidande på grund av bristerna mellan och inom samhällets välfärdsorganisationer. Patienter rapporteras ”falla mellan stolarna” och riskerar att inte få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. I uppsatsen använder jag synonymt begreppen patient eller brukare. Begreppet region avser i uppsatsen Västra Götalandsregionen, motsvarande landsting på andra håll.

Vårdtiderna på sjukhus blir allt kortare vilket innebär att svårt sjuka personer med fortsatt stora vård- och rehabiliteringsbehov skrivs ut tidigare till den egna bostaden eller till annan boendeform. Denna utveckling ställer ökade krav på primärvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. En rapport från Socialstyrelsen (2015) visar att personer med funktionsnedsättning har ett betydligt sämre hälsotillstånd än andra, och att hälsan oftare dessutom är sämre än vad som är motiverat av funktionsnedsättningen. De pekar på att vården av patienter med kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa eller multisjuka inte är tillräckligt samordnad och koordinerad och att patienterna måste göras mer delaktiga i behandlingen.

Förekomsten av stroke har ökat bland personer under 65 år (Rosengren et al. 2013). Samtidigt har den medicinska utvecklingen lett till nya, effektivare behandlingsmetoder och läkemedel. Tack vare den väl utvecklade neurokirurgin så överlever t ex alltfler patienter med traumatisk hjärnskada vilket i sig lett till ett ökat behov av rehabilitering. Tillgänglig evidens visar att formaliserade rehabiliteringsinterventioner visar positiva effekter allt från post-akut till lång tid efter skadans uppkomst (Stenberg et al. 2013). Samtidigt ifrågasätts om den efterföljande rehabiliteringskompetensen som krävs efter det akuta skedet är tillräcklig i Sverige (Borg et al. 2011). Aktuell statistik från riksstroke registret visar en upp till 15% försämring av stokedrabbades ADL funktion (Aktiviteter i Dagligt Liv) mellan 3 och 12 månader, efter insjuknandet. Detta utan uppenbar medicinsk förklaring till försämringen (Ullberg et al. 2015).

Den allvarliga bilden förstärks av Eriksson (2015) vars studie presenterar statistik som visar att högsta antal suicid bland stokedrabbade finns i åldersgruppen 20-54 år. Av 100 000 personer utgjorde 80 suicid att jämföra med samma åldersgrupp i Sveriges övriga befolkning där motsvarande antal var 15. Utifrån ett ekonomiskt perspektiv visar en hälsoekonomisk analys i Västra Götalandsregionen (2010) att 75-80 % av de samhällskostnader som uppstår för diagnosen stroke drabbar kommunerna vilket för Göteborg med kranskommuner motsvarar mer än 1 miljard kr/år.

Patienter/brukare i målgruppen har drabbats av en allvarlig förvärvad hjärnskada vilket innebär en påverkan på den egna och närståendes livssituation. Flertalet blir under lång tid beroende av insatser från både kommun och region/landsting. Ovanstående studier visar på brister i den vård och omsorg som målgruppen är i behov av. Detta är bakgrunden till mitt intresse för att i denna uppsats fokusera på vårdkedjan för personer med förvärvad hjärnskada under 65 år.

När jag på Evidensprogrammet¹ mötte de vetenskapsteoretiska begreppen översättning och diffusion väcktes min nyfikenhet för att använda mig av dessa i syfte att utforska och söka en djupare förståelse för problemen. Jag ville undersöka olika aktörers föreställningar av vårdkedjan för att därefter med hjälp av begreppen göra en analys. Ett översättningsperspektiv betraktar förändring och kunskapsspridning som processer eller kedjor av översättningar, medan diffusion är dess motsats och hyser en tilltro till att detta kan ske ”per automatik” efter en uppifrån kommande signal (Latour, 1986, Callon 1986)². Jag var nyfiken på hur användningen av dessa begrepp skulle kunna bidra till att utforska och skapa en djupare förståelse för vårdkedjan.

¹Evidensprogrammet vid Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori, Göteborgs Universitet.

²Latour och Callon (1986) var frontgestalter för ANT (Actor Network Theory). 1998 utgavs Latours "Artefaktens åtkomst" på svenska.

Uppsatsens disposition:

Efter en presentation av uppsatsens syfte och frågeställningar, redogörs för välfärdssektorns utveckling och eventuella tecken på förändring. Under rubriken "Aktörer och förutsättningar" presenteras vårdkedjans olika aktörer och dess olika förutsättningar och logiker. Vidare har jag undersökt det vetenskapliga stödet för interventioner som understödjer målgruppens återgång till samhället. Under "Vad reglerar samverkan" presenteras lagstiftning, styrdokument samt några aktuella rapporter. Efter en redogörelse av de valda vetenskapsteoretiska perspektiven, redovisar jag hur jag genomfört min empiriska studie genom att använda mig av kvalitativ metod. Efter presentation av resultatet i form av en empirisk sammanställning följer en analys och en kortare slutdiskussion.

Syfte och frågeställningar

Som redan antytts så föreligger behov av samverkan mellan vårdkedjans aktörer.

I min roll som studerande och sedan många år yrkesverksam inom funktionshinderområdet väcks både frustration och förundran. Ett område som rymmer så mycket kompetens, som är lagreglerat och där det finns upprättade rutiner för hur samverkan ska ske – hur ska denna bristande vårdkedja kunna tolkas och förstås?

Uppsatsens syfte är att skapa en djupare förståelse av vårdkedjan för personer med förvärvad hjärnskada under 65 år. Utifrån detta kommer jag att söka svar på följande två frågeställningar:

1. Hur ser kunskapsläget och lagstiftning ut inom området – relaterat till målgruppen personer med förvärvad hjärnskada under 65 år?
2. Hur kan problemet förstås utifrån ett vetenskapsteoretiskt översättnings- respektive diffusionsperspektiv?

De vetenskapsteoretiska begreppen översättning och diffusion används i uppsatsen för att belysa och pröva vad de kan tillföra förståelsen för vårdkedjans processer.

I min undersökning har jag genom intervjuer och workshop försökt fånga människors föreställningar om vårdkedjan. I intervjuer har jag ställt frågor om vilka erfarenheter respondenterna har av hur vårdkedjan fungerar för målgruppen samt vilka föreställningar som finns om vårdkedjan och vilken eventuell påverkan som dessa föreställningar kan ha.

I rollen som analytiker i uppsatsen, undersöker jag aktörers föreställningar om vårdkedjan. Jag har haft nytta av min egen förståelse men också tvingats till att ta ett steg tillbaka för reflektion över mina egna skilda roller och egna erfarenheter inom området.

Välfärdssektorns utveckling

Med tanke på hur utvecklingen inom välfärdssektorn de senaste årtiondena har påverkat de organisationer vars verksamheter erbjuder vård, behandling och stöd till målgruppen, ges i detta avsnitt en beskrivning av denna utveckling.

Den svenska offentliga sektorn och inte minst hälso- och sjukvården har under senaste decennierna utsatts för kritik. Sektorn har framställts som ineffektiv och i kris och den har haft stora krav på sig att förnya och förbättra verksamheten för att spara pengar och ge högre kvalitet. Kraven som ställts har ofta hanterats genom reformer, vilka samlats under begreppet NPM - ”New Public Management” (Lindberg & Erlingsdottir, 2002). Syftet har varit att ersätta hierarkisk byråkrati med marknadslogik från den privata sektorn vilket antagits leda till högre effektivitet (Power, 1997). Som en följd av detta har den privata sektorns logik och språk introducerats i den offentliga sektorn men även andra delar har implementerats, som beställar-utförarmodeller, valfrihetsmodeller med ett decentraliserat resultat-/kostnadsansvar och interna köp/sälj tjänster (Lindberg & Erlingsdottir, 2002).

NPM har alltså inneburit en mängd olika organisatoriska lösningar vilka syftat till att bidra till förbättrad effektivitet, styrning, organisering och kontroll. Men försöken att omvandla den offentliga sektorn med hjälp av koncept från den privata sektorn har dock inte lett till några självklara framgångar (Power, 1997). Ett av skälen som framhålls är att den offentliga sektorns verksamheter är svårare att mäta med hjälp av de verktyg som hämtas från privata sektorn.

Resultatstyrning med ökad kontroll och tillsyn med sanktionsmöjligheter har stärkts gentemot tidigare regelstyrning, vilket lett till en granskningsexplosion med krav på återkommande mätningar och jämförelser mellan verksamheter (Power, 1997). Denna ökade granskning och kontroll innebär ett allt större granskande och därmed ägnar de som granskas avsevärd tid åt dokumentation i olika system.

I detta sammanhang manar Lindgren (2014) till eftertänksamhet och flaggar för ”perverse bieffekter” av alla mätningar och utvärderingar. Författaren relaterar till fenomenet ”The performance paradox”, resultatparadoxen vilket innebär att utvärdering kan genomföras med de bästa intentioner och med de bästa metoderna, men ändå vara av ondo (Lindgren, 2014, s.19). Resultatet kan nonchaleras eller inte tas tillvara trots att utvärderingen påvisat brister.

Olika bieffekter av mätningar kan uppträda, vilka riskerar att sätta igång processer och strategiska beteenden hos människor, organisationer och som till och med kan påverka verksamheten negativt genom att skapa osäkerhet, rädsla, bristande förtroende. Det kan också finnas risk för att framtagna indikatorer kan leda till en indikatorfixering och att verksamheter helt enkelt levererar och blir, vad de blir mätta på (Lindgren, 2014, s.21, s.111).

Under senare år har pressen på ansvarsutkrävande ökat från media vilket bland annat skapat rädsla och osäkerhet hos ansvarig personal. En konsekvens är att man i verksamheten kan bli väldigt noga med att definiera det egna uppdragets gränser vilket i sin tur kan innebära att patienter/brukare kan betraktas som riskobjekt som inte passar in och därmed ”faller mellan stolarna”. Denna övervakning som mätningar ger upphov till riskerar att dra igång helt andra processer och beteenden hos människor och organisationer, än vad som avsågs (Lindgren, 2014, s.21).

I rapporten ”Hälsa per krona” framgår att det finns flera konsekvenser av ett huvudsakligen kostnadsorienterat fokus på styrning av resultatsenhetsnivåer. En är att verksamhetsmässigt beroende aktörer kan bli ekonomiskt oberoende av varandra, vilket kan medföra att samordningen av insatser i vardagen blir svåra. Konsekvensen kan bli att patienter bOLLAS mellan olika vårdgivare och/eller huvudmän, vilket kan ha sin grund i bristande ansvarstagande hos någon aktör men det kan också vara så att alla parter ”gjort sitt” enligt definierade ansvarsgränser (Sjögren, E. et al. 2010, s. 4).

NPM har gett upphov till alltmer avgränsade organisationer och kanske kan just detta förklara det ökade intresset för samverkan (Lindberg, 2002). Olika aktiviteter pågår i den offentliga sektorn som handlar om att samverka, så kallade gränsöverskridande aktiviteter. Denna ömsesidiga dynamik, gränser som konstrueras och upprätthålls men också överskrids präglar såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården (Lindberg, 2002, s.21). Att stimulera dessa gränsöverskridande aktiviteter har allt sedan 90- talet varit en viktig punkt på den socialpolitiska agendan och omfattande nationella satsningar har genomförts inom t ex äldre- och psykiatriområdet.

Samverkan har uttryckts vara välfärdsstatens nya arbetsform och kan betraktas som en nödvändighet för att myndigheter skall kunna fullgöra sina åtaganden då förutsättningarna för verksamheterna förändrats (Danermark et al, 1999). Att den offentliga sektorns verksamheter lyder under olika lagar och har olika ekonomiska och professionella förutsättningar kan försvåra tillskapandet av formella processer och strukturer för samordning mellan organisationer (Lindberg, 2002).

Tecken på förändring?

En del konsekvenser som tillskrivs utvecklingen av välfärdssektorns förändringar, ifrågasätts alltmer. Trots att mycket vård och omsorgsinsatser ges till personer med omfattande behov och till höga kostnader, så hävdas i en aktuell rapport att den enskilde ändå inte möter en särskilt väl anpassad vård. Skälet till detta uppges vara att dagens insatser utförs av ett system vilket snarare präglas av insatsfokus än individfokus (Norén, 2015, s.9).

En förändring av detta skulle enligt författaren, komma att utgöra ett paradigmskifte vilket skulle präglas av nya organisations- och arbetsformer mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunala insatser. Det skulle innebära en utveckling av individbaserade modeller med olika insatsövergripande lösningar, vilka skulle syfta till att bättre möta en komplex behovsproblematisering (Norén, 2015, s.12). Att skifta från insats- till individfokus, med ett synsätt som inkluderar medskapande skulle enligt rapporten kunna innebära både betydande effektivisering och högre kvalitet:

Medskapande arbetssätt bygger på synsättet av patienten som en vanligtvis passiv mottagare som genomgår en behandling, men som byts ut mot ett begrepp och synsätt som är mer inriktat mot att se denna som en aktiv samarbetspartner (Norén, 2015, s.38).

Det bör vara allmänt accepterat att processer inom vård och omsorg utformas genom individuella lösningar. Men att dessa skulle ha sin utgångspunkt i övergripande patient- och brukarbehov som utmanar stuprörslagen är en annan sak. En faktor är svårigheterna med att samordna olika aktörers arbets-/ informationsprocesser vilket riskerar medföra ineffektivitet och ökade kostnader. En annan faktor är bristen på ekonomiska incitament för förändring då kostnader och vinster inte uppstår hos samma huvudman (Von Sydow et al. 2015). Författarna exemplifierar genom utskrivningsklara patienter som blir kvarliggande på sjukhus i avvaktan på att kommunerna ska ta emot personerna i annan vård- eller boendeform:

Här kan mycket vinnas genom ett effektivare informations- och kommunikationsstöd för att i samverkan mellan alla berörda organisera övertagandet - samtidigt som det finns uppenbara behov av reviderade ersättningsmodeller och ekonomiska incitament (Von Sydow et al. 2015, s.8).

Socialstyrelsen (2015a) skriver att forskning visar, att en patientcentrerad vård leder till bättre vårdutfall och minskade samhällskostnader samt främjandet av en mer effektiv vård. De uttrycker att nuvarande finansieringssystem inom vården faktiskt kan motverka en helhetssyn och samverkan över specialitets- och professionsgränserna samt mellan olika huvudmän och organisationer. Aktörerna uppmanas i rapporten att tänka nytt kring hur vårdens och omsorgens utförare ska ersättas.

Ett steg i denna riktning kan ”värdebaserad vård” sägas utgöra, som utvecklats i USA och nu implementeras inom sju landsting i Sverige. Den kommunala sektorn berörs dock inte av detta. Sveus (nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården) är ett forsknings- och utvecklingsinitiativ där sju landsting (Västra Götalandsregionen är inkluderat) samverkar för att utveckla värdebaserade uppföljnings- och ersättningsystem för olika diagnosområden. Arbetet utgår ifrån att vården organiseras efter patientgrupper med liknande problem och följs upp genom vårdkedjor vilket förutsätter att vården i mindre utsträckning organiseras utifrån medicinska discipliner, vårdnivåer och huvudmän (Sveus, 2015).

I en artikel i Läkartidningen redovisas att ett av skälen till den nya organiseringen är beräkningar som visar att läkare och sjuksköterskor tillbringar en tredjedel av sin tid i patientarbete (Nordenström, 2014). Författaren hänvisar också till att ekonomiska ersättningsystem, vilka baseras på vårdvolym (t.ex. diagnosrelaterade grupper) snarare än patientvärde, har visat sig vara kostnadsdrivande och i många fall motverkat kvalitetsutveckling i vården (Nordenström, 2014, s.3).

Samtidigt framgår det av en annan artikel i Läkartidningen att det måste finnas bättre sätt att bemöta kritiken mot NPM, än genom värdebaserad vård, vilket framtagits för amerikanska förhållanden med helt andra förutsättningar än i Sverige (Järhult et al. 2014, s.2). Sverige i jämförelse med USA uttrycks ha ett annat synsätt på vilka de bakomliggande problemen är, t.ex. bristande helhet i omhändertagandet av patienter, obalans mellan sjukhusvård och primärvård, svag geriatrik och psykiatri m.m.

Grunden i ersättningsystemet till värdebaserad vård är att vården är evidensbaserad, något som problematiseras i artikeln. Författarna menar att verklighetens sjukvård sällan överensstämmer med den idealbild som presenteras i de väl kontrollerade studierna med enstaka diagnoser och avgränsade insatser, som evidensen hämtats från. Istället har många patienter en mer komplex bild med flera diagnoser. Ytterligare en faktor som lyfts fram i artikeln är att evidens saknas för mycket av det som är själva kärnan i vårdkvalitet; tröst, tid att lyssna, stöd till anhöriga m.m. (Järhult et al. 2014, s.2).

En global utveckling av integrerade samarbetsformer (Integrated Care, IC) mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst beskrivs av Amelung et. al (2014, s.6) som en världsomfattande trend vilken vuxit fram som ett svar på länders fragmentariska och komplext uppbyggda system. Författarna menar att människors hälsa påverkas genom ett komplext samspel mellan psykiska, fysiska, sociala, socioekonomiska, kulturella och andra faktorer – och att hälsobegreppet just av denna anledning måste ses i en bredare kontext. Ett exempel som lyfts är t.ex. den korta tid i en patients liv som tillbringas inom akutsjukvård eller på sjukhus, men där behovet av behandling och stöd kan vara kvarstående. Hur kan dessa insatser erbjudas och samordnas på ett sätt som utgår ifrån den enskildes önskemål och förutsättningar? Författarna framhåller att vårdkedjan *kan* framställas som enkel och linjär för en del patienter. Men när det gäller målgrupper med mer komplexa behov av insatser, så måste denna bild ersättas av en annan, en bild av ett mer nätverksliknande mönster där insatserna kan variera över tid (Amelung et. al, 2014, s.10).

Socialdepartementet har 2016 presenterat slutbetänkandet av Statens offentliga utredning (SOU 2016:2) för en effektivare vård i Sverige. I denna framgår att svensk sjukvård är dålig på koordination, integration och kontinuitet och att landets ”sjukhustunga” system behöver förändras för att bättre möta framtidens behov. En framtid föreslås innebära mer öppen vård - mer avancerad vård utanför sjukhusen. Långsiktigt uttrycker utredningen att den största effektiviseringspotentialen finns där komplexiteten är störst, bland patienter med sammansatta behov och som kräver täta insatser från många aktörer.

Detta kapitel har försökt skildra den offentliga sektorns utveckling de senaste årtiondena. Från flera håll lyfts behovet av ett förändrat fokus och utveckling av mer individbaserade modeller, till skillnad mot insatsfokus. Denna ambition är dock inte ny, redan i början på 1990 talet fanns projekt som visade att organisering inom hälso- och sjukvårdens i högre grad borde ske utifrån patientens behov än av specialistorganisering (Lindberg, 2002). I nästa kapitel görs en presentation av de olika aktörerna som verkar i vårdkedjans ingående organisationer samt en del om deras olika logiker och förutsättningar.

Aktörer och förutsättningar

I vårdkedjan förekommer flera aktörer. De vård- och stödinsatser som ges till personer med förvärvad hjärnskada under 65 år, organiseras till största del av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Kommuner och landsting/region utgör beställare av insatser inom området. Huvudmännen är också utförare av tjänster till enskilda patienter/brukare.

Sedan några år tillbaka finns även privata utförare av vård och omsorg. Västra Götalandsregionen införde 2009 en vårdvalsmodell i primärvården (VG Primärvård), vilket för Göteborgsområdet innebär fritt val av primärvård (cirka 85 vårdcentraler) och primärvårdsrehabilitering där ungefär hälften drivs i privat regi. Samtliga vårdgivare som ingår i VG Primärvård ska följa Krav- och kvalitetsboken (Kok boken). Samma regelverk och ersättning gäller för samtliga vårdcentraler oavsett driftsform. Ersättningsystemet bygger bland annat på en primärvårdspeng vilken följer invånarens val av vårdcentral och baseras på antalet vårdvalspoäng vilka beräknas utifrån ålder och kön respektive vårdtyngd.

Även inom kommunal verksamhet (socialtjänst) har antalet externa utförare ökat under senare år även om det varierar mellan landets kommuner. Denna utveckling innebär att kärnan i allt fler kommuners socialtjänst blir myndighetsfunktionen (biståndsbedömningen) tillsammans med en beställningsfunktion. Detta ställer i sin tur ännu större krav på transparenta uppföljningssystem och att dessa tillämpas likartat hos olika utförare. (Socialstyrelsen, 2011).

Västra Götalandsregionen (VGR) omfattar både specialistsjukvård (sjukhusvård, habilitering och hälsa) och offentlig primärvård (Närhälsan). Den mesta vården erbjuds av personal anställda inom regionen men även kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar (hemsjukvård) upp till sjuksköterskenivå. I kommunen har man också ett ansvar för insatser på basrehabiliteringsnivå, till skillnad mot regionens ansvar för specialistrehabilitering.

Ansvarsfördelningen mellan kommunernas och regionens arbetsterapeuter och fysioterapeuter regleras i vägledningsdokumentet ”Rehabilitering och habilitering inom öppenvård för vuxna personer i Västra Götaland” (Artikelnummer: 2012-12-27). Regionens behandlande personal arbetar enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Personalen utgörs främst av legitimerade yrkeskategorier som läkare, psykolog, kurator, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Kommunernas personal som arbetar enligt Hälso- och sjukvårdslagen utgörs av legitimerade yrken som sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Socialtjänstens område består av hemsjukvård, äldreomsorg, stöd till missbrukare, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg. Personalen, vilka *inte* är legitimerade yrken utgörs främst av socionomer, undersköterskor pedagoger, yrkeshögskoleutbildad personal m.fl. arbetar på uppdrag reglerat främst i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd till vissa funktionshindrade (LSS).

EBM och EBP

Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, och socialtjänstens insatser ska baseras på bästa tillgängliga kunskap. Socialstyrelsen skriver att en viktig del i arbete för en kunskapsbaserad vård och omsorg är att arbetat ska vara evidensbaserat. En evidensbaserad praktik innebär systematisk användning av bästa tillgängliga kunskap vid beslut om insatser till enskilda personer. Dessa beslut ska även fattas utifrån den professionelles expertis och den enskildes situation, erfarenhet och önskemål. (Socialstyrelsen, 2016, s.31).

Det finns en avgörande skillnad i uppkomsten av evidensbaserad medicin (EBM) i förhållande till den evidensbaserade praktiken (EBP). Medan EBM föddes i verksamheten har EBP främst introducerats av myndigheter och huvudmän (Socialstyrelsen, 2011, s.63).

Hälso- och sjukvården har en lång tradition av att bota och lindra sjukdom medan socialt arbete varit mer inriktat på att undanröja orättvisor och ge människor bättre levnadsvillkor (Socialstyrelsen, 2011, s.66). Ofta har samhällsvetenskapliga studier varit mer relevanta för reformer av det generella välfärdssystemet, än för metodutveckling inom socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2011, s.66).

Läkaryrket räknas sedan medeltiden till professionerna, en yrkesgrupp med lång utbildning, egna yrkesetiska normer, stark identitet, hög grad av sammanhållning och långtgående krav på autonomi. Kännetecknande för professioner är att de ingår i självreglerande system med starka gemensamma värderingar och egna kriterier för utvärdering, kontroll och granskning (Socialstyrelsen, 2011, s.66).

I socialtjänsten finns inte samma starka professionskultur eller motsvarande akademiska förankring. Här arbetar en rad olika yrkesgrupper vilket inneburit att det sociala arbetet blivit mindre homogent och mer påverkat av många professionella gruppers kunskapssyn. Det vetenskapliga stödet för socialtjänstens insatser och metoder är fortsatt begränsat och den svenska forskningen har inte fokuserat på effektstudier. (Socialstyrelsen, 2011, s.27).

Tabell 1: Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens skilda förutsättningar relaterat till EBM och EBP.

Hälso- och sjukvård	Socialtjänst
Kunskap om EBM ges i grundutbildning av legitimerade grupper.	Kunskap om EBP och kunskap om metoders effekter ges endast i begränsad utsträckning i grundutbildning av sacionomer. Inte alls i utbildningen av undersköterskor.
Finns en gemensam begreppsapparat för att beskriva olika <i>tillstånd/omständigheter, insatser</i> och de <i>resultat</i> som dessa bidrar till att uppnå.	Saknas en gemensam begreppsapparat för att beskriva olika <i>tillstånd/omständigheter, insatser</i> och de <i>resultat</i> som dessa bidrar till att uppnå.
Infrastruktur för systematisk effektuppföljning bl.a. genom kvalitetsregister	<i>Saknas</i> en infrastruktur för systematisk uppföljning, t ex genom kvalitetsregister
Specialistföreningar och medicinska råd som tar ett stort ansvar för riktlinjer, lokala vårdprogram, verksamhetsutveckling etc.	<i>Saknas</i> specialistföreningar och specialistråd som tar ett stort ansvar för riktlinjer, vårdprogram, verksamhetsutveckling etc.
Legitimerade yrkesgrupper med yrkesansvar	<i>Saknas</i> ofta legitimerade yrkesgrupper med yrkesansvar
Fasta strukturer för hantering av gemensamma uppgifter olika kunskaps-/kunskapsstyrningsfrågor som har utvecklats inom sjukvårdsregionerna.	<i>Saknas</i> en stabil regional nivå för samverkan kring gemensamma uppgifter och olika kunskaps-/kunskapsstyrningsfrågor
Stora satsningar på verksamhetsnära forskning	<i>Inga</i> stora satsningar på verksamhetsnära forskning
Tillgång till relevanta och välgjorda studier	<i>Liten</i> tillgång till relevanta och välgjorda studier
Starka akademier som forskar kring nya metoder och effekter av olika insatser/behandlingar	<i>Inga</i> starka akademier som forskar kring nya metoder och effekter av olika insatser/behandlingar
Kombinationstjänster där forskaren är anställd både av huvudmannen och av ett universitet, vilket bäddar för en interaktiv och klinisk relevant forskning.	<i>Inga</i> kombinationstjänster där forskaren är anställd både av huvudmannen och universitetet, vilket kan underlätta en interaktiv och relevant forskning.

Källa: Socialstyrelsen och SKL i ”På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänst” (2011, s.11 och s.66-67).

I syfte att öka den evidensbaserade praktiken har det på nationell nivå vidtagits olika åtgärder. Regeringen och SKL (Sveriges kommuner och landsting) har sedan 2011 tecknat årliga överenskommelser för att stödja en strategisk utveckling inom socialtjänstens område.

I en lägesrapport framgår att EBP inom funktionshinderområdet fått ökat genomslag i landet genom den nationella satsning som pågick under åren 2013-2015, främst vad gäller utvecklingen av metoder för ökat brukarinflytande (Socialstyrelsen, 2016, s.42). Samtidigt poängterar man att det krävs långsiktighet och att det återstår mycket arbete innan EBP är infört. I rapporten framhålls också att baspersonalens kunskap inte alltid motsvarar de rekommendationer som anges i ”Allmänna råd (SOF 2014:2) om kunskaper för personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning” (Socialstyrelsen, 2016, s.32).

Då det saknas vetenskapligt stöd för många av de metoder som socialtjänsten använder, får man stödja sig på andra källor och samtidigt skapa ett mer systematiskt uppföljningsarbete. I en evidensbaserad praktik ingår att kontinuerligt följa upp arbetet, både på individ- och verksamhetsnivå i syfte att hela tiden förbättra och utveckla arbetet (Socialstyrelsen, 2011).

Den webbaserade informationstjänsten ”Metodguiden” är ett uttryck för Socialstyrelsens övergripande uppdrag att stödja socialt arbete i att bli evidensbaserat. På webbsidan presenteras de vetenskapliga kunskapsunderlag som finns för åtgärder och bedömningsmetoder vilka är eller kan bli aktuella för socialt arbete i Sverige (Socialstyrelsen, 2015b).

Från den 1 juli 2015 har SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) övertagit ansvaret från Socialstyrelsen, att utvärdera det vetenskapliga stödet för metoder som används inom socialtjänsten och LSS-verksamheten. Det är ett utökad uppdrag från att enbart ha utvärderat metoder för hälso- och sjukvården. Utvärderingarna från SBU ska sammanställa kunskap ur ett medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv och presenteras på ett lättförståeligt sätt. De ska också identifiera och informera om vilka metoder inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS verksamhet där det saknas tillräcklig kunskap om metodens effekt (SBU, 2016).

I syfte att skapa en infrastruktur för en sammanhållen kunskapsstyrning och samordning för socialtjänst och hälso- och sjukvård har två grupperingar skapats på nationell nivå. De benämns nationella samverkansgrupperna för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården (NSK) respektive socialtjänsten (NSK-S). Kopplat till dessa grupper bildas det sammansatta programråd vars uppgift syftar till att stödja kunskapsutvecklingen i Sverige. Programrådet ADHD är det första som startat inom ramen för Psykisk hälsa (SKL, 2016).

Kunskapsstyrning handlar inte om någon ny styrform, utan syftet är att åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom verksamheten (Socialstyrelsen, 2011, s.21).

I detta kapitel har skillnaderna tydligt framträtt mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens förutsättningar vad gäller kunskapsgrund, vetenskaplig tradition, akademisk anknytning, utbildningsbakgrund m.m. Kraven och strävan efter, att inom båda fälten arbeta med evidensbaserade metoder är dock desamma. Man kan konstatera att det nationellt under senare år skapats struktur för att understödja en långsiktig, sammanhållen och samordnad kunskapsstyrning, vilken också förväntas ha en god regional och lokal förankring.

Det som hittills presenterats kan ses som en form av ramverk. I nästa kapitel undersöks det vetenskapliga stödet för interventioner som bidrar till människors (med en form av förvärvad hjärnskada) återgång till ett liv i samhället samt vilken lagstiftning och andra styrdokument som understödjer detta.

Vad krävs för att återgå till ett liv i samhället?

För att få kunskap om vad som krävs för att människor inom målgruppen efter en skada eller insjuknande, ska kunna återgå till ett liv ute i samhället, har jag valt att söka efter kunskap från forskning och andra källor. Syftet har varit att undersöka vilket vetenskapligt stöd det finns för interventioner som kan stödja den enskilde i återgång till ett så självständigt, fungerande och inkluderande liv som möjligt i samhället – och som upplevs tillfredsställande av den enskilde.

I studiesyfte har jag under min utbildning sökt efter vetenskapliga enskilda studier och systematiska forskningsöversikter för att inom mitt verksamhetsområde utarbeta en rekommendation. I en examinationsuppgift utförde jag en systematisk sökning i databaserna PubMed, Cochrane, Scopus och EconLit, utifrån sökorden och utfallsmåtten ”Community Integration” och ”Life Satisfaction” samt hälsoekonomi - kopplat till personer med traumatisk hjärnskada (Traumatic Brain Injury, TBI) mellan 18-64 år (Andersson, Y. 2014).

Efter att utifrån uppsatta inklusionskriterier ha exkluderat 60 studier kom jag fram till att inkludera en systematisk översikt (vilken baserades på 10 forskningsstudier med olika studiedesign) och två enskilda studier. Samtliga kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s granskningsmallar (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering). Evidensstyrkan för de ingående studierna bedömdes med evidensgraderingssystemet GRADE vara svag/begränsad. En av studierna var utförd i Sverige, resterande i USA, Canada, England och Japan.

Den systematiska översikten och de två artiklarna utgjordes framförallt av kohortstudier varav de flesta saknade kontrollgrupp och blindning. Det fanns en del metodologiska svagheter gällande heterogenitet avseende population, intervention och resultat vilket påverkade den interna validiteten och överförbarheten. Studierna hade generellt få deltagare, hälften av dem = <50 vilket utgör ett problem för precisionen. Man kan dock vända på detta resonemang och betrakta det som positivt att det är svårt att rekrytera stora populationer av människor vilka drabbats av traumatiska hjärnskador.

I sin iver att med kvantitativa metoder försöka skapa evidens för vissa rehabiliteringsinterventioner, avslöjar större översikter en rad metodologiska brister såsom avsaknad av kontrollgrupp, blindning, heterogenitet i population, interventioner, resultat. Samtidigt korrigeras i flera studier inte heller för spontan återhämtning (Goransson et al. 2003).

Att sträva efter att bli frisk är ouppnåeligt för många människor som lever sitt liv med kroniska sjukdomar, de är långvarigt beroende av olika insatser – ofta från flera huvudmän (hälso- och sjukvård, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling). Effektivare behandlingar och läkemedel kan bidra till förbättrad status men innebär inte bot (Mol, 2006, s.3). Författaren framhåller att professionell och god vård inte är en fråga om att separera människan i delar och behandla de olika elementen för att sedan hantera dem på ett linjärt vis (Mol, 2006, s.7).

Systematiska översikter utgör ett redskap för att etablera en evidensbaserad praktik, vars metodologi utvecklades för att hantera kvantitativa data (Bohlin, 2010). Men författaren menar att det finns skäl att betrakta de metoder som används för att syntetisera empiriska resultat som minst lika viktiga inom evidensrörelsen (Bohlin, 2010, s.15).

I min studieuppgift framgick hur svårt det kan vara när metoderna och innehållet inte är tillräckligt stringent. En sammanvägning av studieresultaten med andra faktorer såsom etiska skäl, tillståndets svårighetsgrad, grad av patientnytta och effektivitetsskäl gav dock stöd för riktade rehabiliteringsinsatser för personer med traumatisk hjärnskada över 18 år - utformade som intensiva samhällsbaserade, multidisciplinära teaminterventioner.

Erfarenheter från andra målgrupper

Ovanstående resultat stöds även vad gäller en del andra målgrupper. Utifrån en publicerad forskningsöversikt från SBU (2015) gällande personer med stroke över 65 år, skriver SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) i en debattartikel:

För att visionerna om att skapa en vård som utgår från patientens behov och önskemål ska bli verklighet, krävs det samverkan mellan vårdnivåer, mellan kommun och landsting och också över professionsgränser. Vår samlade granskning av all tillgänglig forskning visar att detta i längden skulle minska både människors lidande och onödiga utgifter. Kortsiktigt kan det uppstå kostnader när organisationen ska förändras, något som givetvis försvårar en omställning. Men det handlar om att rädda liv, förebygga onödigt lidande och stärka oberoendet i utsatta grupper. Priset för att fortsätta som i dag, med dålig eller obefintlig samordning, är alltför högt. (SBU, 2015)

När det gäller personer med psykisk ohälsa och komplexa behov pågår ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att stödja utvecklingen och användandet av integrerade och samhällsbaserade arbetsformer utifrån riktlinjer och erfarenhetsbaserade metoder (SKL, 2015). Case management (CM) är en modell för att koordinera insatser kring en enskild patient/brukare. Den utvecklades inom den somatiska sjukvården i USA på 1960-talet och har i Sverige fått stor spridning inom psykiatriområdet. I Göteborgsområdet pågår ett implementeringsarbete av Vård och stödsamordning som har sina rötter i Integrerad Psykiatri och Case management. En central del i arbetet är den resursgrupp, till vilken den enskilde patienten själv väljer ut personer. Vanligtvis är det en Case manager/Vård och stödsamordnare som påbörjar arbetet tillsammans med patienten (Malm et. al, 2012).

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykoskliniken pågår sedan flera år ett arbete utifrån Integrerad Psykiatri (IP) vilket är ett evidensbaserat behandlings- och rehabiliteringsprogram för psykospatienter. Programmet, vilket utgör en samhällsbaserad multidisciplinär modell ger ett starkt patientinflytande. Från olika håll i landet rapporteras nu om olika modeller av vårdkedja för integrerad beroendevård.

Det tycks alltså i vissa avseenden som om diagnos och ålder inte är avgörande, utan istället människors behov av att vård och stödinsatser kompletteras och samordnas. Detta gäller för de patienter/brukare som har en mer komplex livssituation med insatser från de båda huvudmännen. För flera målgrupper inom funktionshinderområdet finns *en* gemensam nämnare. De kognitiva svårigheter som är vanligt förekommande (oavsett diagnos) ställer krav på kontinuitet, struktur och samordning av insatser.

Vad framgår av rapporter och kartläggningar

En rapport från Socialstyrelsen (2015) visar att personer med funktionsnedsättning har ett sämre hälsotillstånd än andra, och ofta är hälsan dessutom sämre än vad som är motiverat av funktionsnedsättningen. Socialstyrelsen skriver att vården av patienter med kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa eller multisjuka inte är tillräckligt samordnad och koordinerad och att patienterna måste göras mer delaktiga i behandlingen. En stor utmaning menar man ligger i att förändra organisationskulturer och att överföra kunskap från utvecklingsprojekt till ordinarie strukturer. I rapporten uppmanas aktörerna att tänka nytt kring hur vårdens och omsorgens utförare ska ersättas. Detta eftersom nuvarande finansieringssystemet inom vården uttrycks motverka en helhetssyn och samverkan över specialitets- och professionsgränserna samt mellan olika huvudmän och organisationer.

År 2012 gjorde Socialstyrelsen för första gången en kartläggning av landstingens och regionernas rehabilitering för personer med medelsvår till svår traumatisk hjärnskada. Kartläggningen gav en översiktlig nationell bild av tillståndet inom svensk rehabilitering för målgruppen, vilken ingår i gruppen förvärvad hjärnskada. I de flesta landsting finns det vårdprogram som berör rehabiliteringen för personer med traumatiska hjärnskador. Socialstyrelsen (2012) pekar dock på bristen att dessa inte omfattar andra verksamheter än de rehabiliteringsmedicinska vårdprogrammen - eftersom de då inte når hela vägen ut i vårdkedjan.

I samma kartläggning framgår att samverkan mellan olika berörda aktörer är central för denna patientgrupp. Få landsting uppgav att de avsatt särskilda samordningsresurser, till exempel i form av hjärnskadekoordinatörer. Socialstyrelsen framhåller i kartläggningen att det inte finns några verksamheter som drivs gemensamt av landsting och andra aktörer, till exempel kommun. Socialstyrelsen uppmanar därför landstingen att se över styrningen av de verksamheter som arbetar med rehabilitering av målgruppen. Detta i syfte att säkerställa att vårdkedjan fungerar för personer med traumatisk hjärnskada. (Socialstyrelsen, 2012).

Stadsrevisionen i Göteborg har nyligen tillsammans med Västra Götalandsregionens revisorer granskat den samordnade vårdplaneringen för sjuka äldre, över 65 år. Vid utskrivning från sjukhus kan patienten vara i behov av fortsatta sjukvårdsinsatser från primärvård, hemsjukvård eller korttidsboende. Vård- och omsorgsinsatserna ska samordnas mellan regionen och kommunen.

Granskningens syfte var bl.a. att bedöma om kommunen och regionen säkerställer att den enskilde i samband med utskrivning från sjukhus till primärvård och kommun, får en samordnad och sammanhållen vårdkedja i enlighet med gällande regelverk. I granskningen ingick Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Primärvårdsstyrelsen och två stadsdelsnämnder i Göteborgs Stad. Jag har valt att presentera delar av denna eftersom samma rutin gäller vid utskrivning från sjukhus, oavsett om patienten är över eller under 65 år.

Tabell 2: Stadsrevisionens och VGR granskning av utskrivningsprocess utifrån två stadsdelar i Göteborgs Stad

Inskrivningsmeddelande	Sänds ofta för sent. Bristande informationsinnehåll. Kontaktuppgifter till vårdcentralen saknas. Kvitivering dröjer från kommunen.
Kallelse och underlag till vårdplanering	Undermålig läkarinformation. Medicinsk information saknas oftast helt. Namn på ansvarig läkare saknas. Patientens upplevda behov saknas. Vilka åtgärder som vidtagits anges sällan. Förhållanden i patientens vardag anges mer detaljerat endast i undantagsfall.
Vårdplanering	Primärvården deltar inte. Biståndshandläggaren saknar ibland delegation att fatta beslut om insatser. Sjukhusets sjuksköterska har inte alltid tillräcklig kunskap om patienten. Mycket muntlig information som inte nedtecknas vilket medför risk för missförstånd.
Vårdplan upprättas och justeras	Läkares bedömning av Hälso- och sjukvård respektive egenvård saknas. Namn på läkare som ansvarar för den fortsatta behandlingen saknas. Uppgift om patient/närståendes medverkan är bristfällig, liksom uppgift om patientens hemmiljö och patienten har hjälpmedel. Uppgift om aktuella läkemedelsförskrivningar anges i undantagsfall.
Utskrivningsmeddelande	SU saknar dokumenterad ansvarsfördelning.

	<p>SU skickar utskrivningsmeddelande och aviserar info vid utskrivning för sent, efter att patienten skrivits ut.</p> <p>Kommunen saknar rutin som anger hur och av vem epikriser ska hanteras eller för att avsluta ärenden. Den medicinska epikrisen kommer ibland flera veckor efter att patienten har skrivits ut. Aktuellt hälso- och funktionstillstånd anges inte alltid.</p> <p>Det händer att patienter skickas hem utan att kommunen vet att de är utskrivna, till fel adress, utan hjälpmedel eller förskrivna mediciner.</p>
Utskrivning	Utskrivningsklara patienter som har en upprättad vårdplan blir kvar på sjukhuset.

Källa: Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet. Sammanställning, Temagrupp Äldre (2015).

I detta kapitel har forskning och andra dokument presenterats för att ge en bild av vad som krävs för att personer i målgruppen ska kunna återgå till ett liv i samhället. Återkommande är behovet av samhällsbaserade multidisciplinära interventioner, en ökad samverkan mellan huvudmän/verksamheter samt behovet av ett ökat patient/brukarinflytande. I kommande kapitel redogörs för vad som reglerar samverkan.

Vad reglerar samverkan?

Hur samverkan mellan huvudmännen förutsätts fungera, speglas i såväl internationella som nationella regionala styrdokument. Jag har nedan valt att hänvisa till en del av dessa.

I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2008:23) framgår vad det gäller habilitering och rehabilitering:

Konventionsstaterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder, för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. I det syftet ska konventionsstaterna organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram, särskilt på områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och social service på så sätt att dessa tjänster och program

- a) börjar så tidigt som möjligt och grundas på en tvärvetenskaplig bedömning av vars och ens behov och förmåga, samt
- b) stöder deltagande och inkluderande i samhället och alla aspekter av det och är frivilliga och tillgängliga för personer med funktionsnedsättning nära deras egna hemorter.

Lagstiftning

Personer med funktionsnedsättning kan få olika former av stöd från socialtjänsten om de inte själva kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt (**Socialtjänstlagen** 4 kap.1§). Kommunen har yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (SoL, 2 kap. 2§).

För att ha rätt till insatser enligt **LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)** ska personen tillhöra någon av följande, så kallad personkretsar:

Personkrets 1	omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
Personkrets 2	gäller personer med ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter en hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller en kroppslig sjukdom.
Personkrets 3	omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, förutsatt att de är stora och orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Målet för hälso- och sjukvården i Sverige är en god hälsa och en vård på lika villkor för *hela* befolkningen. **Hälso- och sjukvårdslagen** (1982:763; HSL) framhåller att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Samordnade insatser. När en person har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, åligger det parterna att tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Detta är reglerat sedan 2010 i HSL (3f§) och SoL (2 kap.7§) samt i Patientlagen från 2015. I planen ska framgå vilka insatser som behövs och vilken huvudman som ansvarar för vad. Det ska även framgå vilka åtgärder som annan huvudman eventuellt utför och det ska vara tydligt om det är kommunen eller landstinget som ska ha det övergripande ansvaret för planen. En SIP ökar delaktighet för patient och

närstående i planeringen av de insatser som ges av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Den enskilde måste alltid lämna sitt samtycke till att en SIP tas fram. I Västra Götaland finns ett länsgemensamt framtaget material kring SIP. I den nya lag, vilken föreslås ersätta Betalningsansvarslagen från 2017 (se nedan) får SIP en stärkt och central betydelse

Liknande planer förekommer även i form av individuell plan enligt LSS 10§ och habiliterings- och rehabiliteringsplan enligt HSL 3b§. I en färsk rapport från Socialstyrelsen (2016) framgår att såväl SIP som individuella planer enligt HSL och LSS används för personer som har insatser från flera verksamheter. Men bilden är inte entydig och det ser olika ut i landet. Uppföljningar som gjorts ger heller inte svar på om insatserna för att underlätta samordning är framgångsrika (Socialstyrelsen, 2016, s.36).

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård föreslås från hösten 2017 ersätta den nuvarande betalningsansvarslagen, vilket är resultatet av Socialdepartementets utredning ”Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård” (SOU 2015:20).

Utskrivningsklara patienter blir ofta kvarliggande inom den slutna hälso- och sjukvården, vilket bidrar till överbeläggingsproblematik, onödiga kostnader och ineffektivitet. Brister i samverkan framhålls också leda till hög grad av onödiga återinläggningar efter slutenvård.

Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

Lagförslaget i korthet:

- 1 § Patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård undantas från den nya lagen
- 4 § Inskrivningsmeddelandet initierar planeringen inför patientens utskrivning
- 5 § Fast vårdkontakt ska utses av primär- eller öppenvården
- 7 § Slutenvården måste underrätta berörda enheter om att en patient har bedömts vara utskrivningsklar
- 8 § Informationsöverföring till berörda enheter inför utskrivning
- 9 § Information till patienten i samband med utskrivning
- 10 § Samordnad individuell planering (SIP) – berörda enheters gemensamma planering för att koordinera insatserna.

Kommunens betalningsansvar kommer att inträda tidigare och med föreslagna kraftigt höjd avgift, i de fall huvudmännen inte kommit överens. Lagförslaget stödjer lokalt anpassade lösningar som syftar till en mer strukturerad utskrivningsprocess från slutna vård till öppen vård och som har fokus på samarbete och samverkan mellan huvudmän. Betänkandet tydliggör de tre vårdaktörernas ansvar (slutenvård, primär- och öppenvård, kommunen) och framhåller SIP (Samordnad Individuell Plan) som det verktyg vilket tidigt ska användas för planering och samordning av vård- och omsorgsinsatser (SOU 2015:20).

Den 1 januari 2015 trädde en ny **Patientlag** (2014:821) i kraft. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Det är myndigheternas ansvar och inte brukarnas, att hitta en arbetsmodell där de olika insatserna harmonierar med varandra (SOSFS 2008:20). Lagen föreskriver bl.a. att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Om patienten begär så ska en fast vårdkontakt utses för att bistå och stödja patienten i kontakt med vården och hjälpa till att samordna dess insatser. Liksom tidigare ska patienten även ha möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Mot bakgrund av att Socialstyrelsens kartläggningar under flera år visat på brister i samverkan mellan kommuner och landsting, publicerades **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:20)** om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Där framgår att olika berörda aktörer och yrkesföreträdare måste se brukaren, och inte huvudmännen eller verksamheterna, som navet i re-/habiliteringsprocessen. Socialstyrelsen pekar på tre grundläggande förutsättningar:

- Varje brukare ses som unik med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna.
- Kontinuitet vad gäller personal, metod, struktur och information.
- Olika insatser kan ges samtidigt och integrerat i stället för efter varandra, vilket kräver gränsöverskridande samverkan.

Samverkan är som sagt inget nytt fenomen. Redan 1997 i Kommunfullmäktiges handling nr 4, Göteborgs Stad framgår:

Väl fungerande vårdkedjor är ett viktigt medel i verksamheternas organisation och arbetssätt. Det finns behov av att beskriva aktuella vårdkedjor för personer med olika diagnoser. Detta bör göras genom de regionala samarbetsgrupperna. Därigenom kan man upptäcka var de strategiska möjligheterna finns till förbättringar i bl.a. samarbete och samverkan mellan sjukvården och stadsdelsorganisation.

Samverkan mellan olika verksamheter kan bli tydlig genom att sjukvård, socialtjänst, LSS-verksamhet, försäkringskassa och länsarbetsnämnd bedriver verksamhet eller är tillgängliga i samma hus. Förslag har väckts om en form av handikapp center i bemärkelsen att människor med funktionshinder skulle kunna nå olika experter och handläggare ”under samma tak”.

Sammanfattning

Som framgått av detta kapitel, är samverkan inte frivillig. Lagstiftaren är tydlig i att samverkan och samordning av insatser för enskilda patienter/brukare krävs och måste bli bättre. Det råder helt enkelt ingen tvekan om att samverkan och samordning av insatser ska ske för målgruppen. Samtidigt framgår av uppsatsen att det i befintliga system för styrning av ekonomi och organisation saknas incitament för en utveckling i denna riktning. Behovet av en välfungerande vårdkedja men också bristerna runt densamma förefaller vara välkänt.

Utifrån uppsatsens hittills redovisade kapitel sammanfattar jag kunskapsläget i följande punkter:

- Människor med förvärvad hjärnskada under 65 år vilka har sammansatta behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst, behöver och har rätt till samordnade insatser
- Patienter faller mellan stolarna pga. brister i samordning av insatser från båda huvudmännen
- Överföring mellan verksamheter fallerar pga. brister i samverkan mellan huvudmännen
- Svårt finna *starkt* vetenskapligt stöd för samordnade interventioner *mellan* huvudmännen
- Det råder avsaknad av gemensam, strukturerad samarbetsmodell mellan huvudmännen
- Ekonomistyrningen tycks motverka sammanhängande individuellt utformade helhetslösningar

Teoretiska perspektiv

Det är påtagligt att det inom området råder olika kunskapsfält med olika traditioner kopplat till evidensbegreppet (Socialstyrelsen, 2011). Inom det medicinska området finns en stark tradition av evidensbaserad medicin (EBM) där kvantitativ forskning med dess stringenta metoder och formaliserade procedurer söker statistiska, kvantifierbara resultat som strävar efter att minimera inslaget av subjektivitet. Utgångspunkten för detta synsätt är att det finns en objektiv verklighet som man genom kvantitativ forskning på olika sätt studerar. Randomiserade kliniska studier (RCT) har hög vetenskaplig legitimitet, utgör ”golden standard” i evidenshierarkin och ger under vissa förhållanden det säkraste svaret på om en viss insats har effekt eller inte. Trots att systematiska fel kan ge snedvridna resultat, randomiseringsförfarandet kan påverka studiens tillförlitlighet, blindningen kan vara svår att göra - så anses ändå studiedesignen överlägsen. Kraven som ställs på dessa RCT studiers klientgrupps storlek, homogenitet och standardisering av insats, återfinns sällan i socialtjänstens praktik och kan också vara svåra att skapa (Oscarsson, 2009, s.29).

Kvalitativ forskning där man utgår ifrån människors erfarenheter och förståelse är vanligare inom socialtjänstens område. Kunskapsteoretiskt är utgångspunkten för denna forskning att sanningen om verkligheten inte är absolut, utan fakta måste alltid ses i sitt specifika sammanhang (Rosberg, 2013, s.124). Anspråket på vetenskaplighet och kravet på objektivitet, validitet och generaliserbarhet är lika adekvata i kvalitativ forskning som i kvantitativ, men här används istället begrepp som tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet (Dahlberg et al. 2008). Styrkan i en kvalitativ studie ligger till stor del i att forskaren själv utgör ett verktyg, tillförlitligheten ligger inte i anpassningen till en särskild metod utan mer till forskarens skicklighet (Rosberg, 2013, s.111). Det är av stor vikt att det i studier noga redogörs för forskarens roll och förförståelse, reflexivitet (Rosberg, 2013, s.125).

En hög grad av formalisering uppfattas ofta som en garanti för objektivitet och sanning. Ju mer kontrollerad en studie är, desto större är risken att dess resultat är missvisande för en verklig population. Det krävs balans mellan formalisering och mänsklig bedömning, hur metodernas stringens bör vägas mot resultatens relevans. I annat fall riskerar man få studier med hög stringens men med låg relevans (Bohlin & Sager, 2011, s.218).

Ekeland (2009) menar att det råder brist på kunskap om olika forskningsmetoders begränsningar och brist på förståelse av grundläggande problem som gör att olika fenomen inte låter sig inordnas i någon metodisk guldstandard. Författaren menar att det finns ett dilemma när en kvantitativ forskningsdesign som RCT upphöjs till bästa design oavsett komplexitet eller interventionskaraktär. Vad som fungerar, riskerar att bli en överskuggande fråga där ”i förhållande till vad” glöms bort (Ekeland, 2009, s.147).

Mol (2006) konstaterar att kliniska studier är av värde för att bevisa olika interventioners effekter men menar att det inte räcker. Den kliniska verkligheten eller praktiken utgör ett kluster av olika element som alltför ofta separeras från varandra. Författaren tar exempel från diabetes där kroppsliga parametrar som t ex blodtryck, blodsockernivåer åtskiljs från sociala parametrar vilka avser patientens situation. Oavsett hur imponerande evidens en intervention har så kan denna inte ensamt besvara frågan om vad god vård innebär. Då sociala och biologiska perspektiv är tätt sammanflätade efterfrågar Mol (2006) forskning som inte separerar elementen från varandra utan som istället stärker och förbättrar praktiken. Eller som Mol uttrycker; sjukdom, ohälsa, behandling och livets olika förutsättningar ”come as a package” och borde därför också studeras som en helhet (Mol, 2006, s.9).

I uppsatsen är jag intresserad av att fånga människors föreställningar om vårdkedjan för personer med förvärvad hjärnskada under 65 år. För att göra detta använder jag mig av kvalitativ undersökningsmetod och genomför intervjuer med semistrukturerade frågor. Dessutom deltar jag vid en workshop vars resultat jag tillsammans med intervjun redovisar under rubriken Sammanställning av empiriskt material.

Översättning kontra diffusion

I detta kapitel presenteras de två tidigare nämnda vetenskapsteoretiska begreppen, som kommer att användas i analysen. Ett översättningsperspektiv utmärks av att förändringar och spridning av idéer studeras som processer eller kedjor av översättningar och har sitt ursprung i vetenskaps- och tekniksociologin, med Latour (1986) och Callon (1986) som frontgestalter inom Actor network-theory (ANT).

I översättningsmodellen betonas att en idé inte rör sig på egen hand, utan rörelsen får energi genom de människor som plockar upp den (Latour, 1986). Människor kan välja att låta bli att föra den vidare eller plocka upp idén och omtolka, återskapa idén utifrån egna erfarenheter. I översättningsmodellen är inget bestämt på förhand, processen förändras allteftersom, genom aktörernas agerande. Den initiala kraften hos den första i kedjan är inte viktigare än någon av de andra som plockar upp idén (Latour, 1986). Om motstånd uppstår kan det enligt Czarniawska och Joerges (1996) betraktas som friktion vilket kan bidra till energin i översättningsprocessen. Enligt Latour (1986) gör var och en i kedjan något av grundläggande betydelse för idén vid varje översättning som sker. Författaren menar att kedjan består av aktörer som i tur och ordning formar idén för att passa egna syften - och att det just därför kallas för översättningsmodellen (Latour, 1986).

Översättning utgör ett perspektiv som rymmer ett klart motsatsförhållande till diffusion men båda begreppen härstammar från en och samma skolbildning. Den diffusionsmodell som Latour (1986) kritiserade, kan sägas innebära en tilltro till att kunskapsspridning och förändring kan ske ”per automatik” utifrån en uppifrån kommande signal. Det kan exemplifieras genom att en initial kraft (t.ex. ett beslut från högsta ledningen) sätter igång en rörelse. Beslutet förutsätts sedan av sin egen inneboende kraft spridas ner i organisationen (Latour, 1986). När så skett kan ledningen tillskrivas stor makt. Om beslutet stoppar upp på vägen kan detta förklaras av att det mött på motstånd eller att det uppkommit händelser man inte haft kontroll över eller kunnat förutse. I detta fall kan konstateras att ledningens beslut stött på motstånd. Att resultaten av införande av en och samma idé kan bli olika betraktas enligt denna traditionella förändrings- och implementeringsteori som avvikelser (Lindberg & Erlingsdottir, 2005).

Latour (1986) framhåller att makt egentligen är en illusion människor får när någon lyder dem, de tror att andras beteende grundar sig på deras inflytande när det istället kan vara helt andra skäl till att folk lyder. I själva verket menar Latour (1986) att makten utgörs av alla andras viljor.

Det spelar ingen roll hur mycket makt man tycks samla på sig, det är alltid nödvändigt att få den från andra som står för handlandet – detta är vad jag har kallat övergången från diffusion till översättning” (Latour, 1986, s.54).

Czarniawska och Joerges har, utifrån Latour och Callons teorier utvecklat översättningsmodellen samt introducerat översättning i organisationsteorin (Czarniawska, 2004). Modellen fungerar som ett verktyg och syftar till att göra processer mer synliga och förståeliga genom att följa idéer på deras resa mellan olika aktörer (Lindberg & Erlingsdottir, 2005). På så vis kan man se att hela samhället skapas och återskapas genom en konstant översättningsprocess som alla deltar i. Översättning är handling och inte ett resultat. Lindberg (2002, s.63) uttrycker det som att översättning är kopplandets mekanism, organisering mellan organisationer.

Zuiderent-Jerak, är en annan forskare med intresse för implementering som bland annat studerat skapande och användande av riktlinjer i klinisk praktik. Han betonar vikten av att kunskap definieras inom den verksamhet och praktik där den ska implementeras (Zuiderent-Jerak, 2007, s.19).

Samverkan och gränser

Samverkan kan sägas innebära både ett tydliggörande och ett överskridande av gränser som inte behöver inte innebära någon förändring av ingående organisationers uppdrag, utan kan betraktas som en arena vilken snarare konstruerar gränser (Löfström, 2001).

Samtidigt som organisationer och gränser konstrueras så skapas gränsöverskridande aktiviteter i samverkan. Lindberg (2010) påpekar att båda dessa utvecklingstendenser kan spåras i enskilda reformer och tar Ädelreformen som exempel där nya gränser upprättades mellan huvudmännen och tydliggjordes genom olika lagstiftning och finansiering. Ett helt nytt beroendeförhållande uppstod mellan de olika vårdgivarna, där bristen på upparbetade rutiner mellan huvudmännen bidrog till ett ökat behov av samverkan. Vårdkedja, samverkan och processorganisering är ”idéer” som författaren menar kan ses som en konsekvens av skapandet av avgränsade organisationer. Gemensamt är att de betonar horisontella organiserings principer och syftar till att styra aktiviteter mellan organisationer (Lindberg, 2002, s.16).

Genom att aktörerna etablerar ett ömsesidigt förtroende för varandra, kan den friktion som ibland uppstår i mötet mellan olika parter, överbryggas och istället underlätta en fungerande interaktion (Lindberg, 2002). I samverkansarbetet sker en rad möten mellan olika aktörer, vilka utgör en central förutsättning för att plattformen för samverkan ska fungera. Löfström (2001) framhåller vikten av en likvärdighet mellan aktörerna på dessa möten. För att möjligheten till ett likvärdigt möte skall föreligga krävs bland annat frånvaro av olika asymmetrier mellan deltagarna som till exempel olika gruppers auktoritet och en icke-hierarkisk struktur (Löfström, 2001, s.80). I praktiken möts dock olika professioner och aktörer med olika befogenheter, mandat m.m.

Det kan finnas risk för att aktörer kan uppleva att deras specialiserade yrkeskompetens utarmas i samverkansarbetet och att de blir mer ”generalister”. Men även den motsatta möjligheten existerar, det vill säga att yrkesrollen stärks när var och en bidrar med sin unika kompetens (Lindberg, 2002, s.55).

Tankarna leder osökt till filosofen Wittgensteins bild av en ankhare. Istället för att övertyga betraktaren om huruvida det är en hare eller anka handlar det om att kunna se båda perspektiven. Ankharen kan sägas symbolisera samverkan mellan lik- och olikheter. Det gäller att träna sig på att utnyttja varandras olikheter, och inte sträva efter att alla ska bli så lika som möjligt. Ett sådant perspektivseende har koppling till kompetensskillnader i den mening att olikheterna kan vara positiva men de kan också leda till strider om vems kunskaper som är viktigast (Forkby och Löfström, 2010).

Lindberg, K (2002) definierar samverkan som arbetsprocesser vilka involverar flera aktörer, vilket kan medföra samordningsproblem:

Formellt strukturerad samordning (t ex organisationsscheman, arbetsbeskrivningar) kan ske både vertikalt och horisontellt. Hierarki är urtypen för vertikal samordning där nivåer tydliggörs, makt och ansvar fördelas och samordning sker genom order. Horisontell samordning syftar till att förbättra kommunikation och samordning mellan enheter på samma nivå (Lindberg, 2002, s. 53).

Genom att följa ett projekt undersökte författaren hur en modell för vårdkedja för äldre utvecklades, med gränsöverskridande aktiviteter mellan huvudmännen, vilka bidrog till organisering mellan organisationer.

3 Begreppen horisontell och vertikal används av Lindberg, 2002 som organisationsprincip. Klassisk hierarki är ett typiskt exempel på vertikal medan processer på samma nivå exemplifierar det horisontella.

Empirisk insamlingsmetod

För att besvara uppsatsens frågor har jag studerat litteratur, lagstiftning, rapporter, vetenskapliga artiklar och genomfört intervjuer samt deltagit vid en workshop. Uppsatsen kan på så vis sägas bygga på andrahandsbilder genom den information jag får av olika personers föreställningar om vårdkedjan. En vetenskapsteoretisk analys görs sedan av det samlade materialet.

Intervjuer

För att skapa en djupare förståelse valde jag att använda mig av en kvalitativ undersökningsmetod och genomföra intervjuer med semistrukturerade frågor. Dessa frågor hade som uppgift att lägga en grund för intervjun och på så sätt kunna förbereda respondenterna inför samtalet.

Intervjupersonerna är utvalda utifrån minst två av kriterierna:

- ✓ vara anställd som chef eller medarbetare och representera någon av de olika samverkansparterna i Göteborgsområdet
- ✓ yrkeserfarenhet inom verksamhet riktad till målgruppen
- ✓ erfarenhet av samverkan mellan region och kommun
- ✓ egen erfarenhet som patient/brukare/närstående med förvärvad hjärnskada, samt utgöra representant för patient/brukarorganisation.

De utvalda personerna fick från februari 2015 ett mail med förfrågan om intervju. De som tackade ja erhöll en bekräftelse inför intervjun med följande frågor angivna:

1. Vilka är dina erfarenheter av vårdkedjans processer för målgruppen (personer med förvärvad hjärnskada under 65 år)?
2. Goda och mindre bra exempel av en sammanhållen och välfungerande ”vårdkedja”?
3. Kan vi arbeta annorlunda, hur skulle det kunna se ut?
4. Vilken roll skulle du/din verksamhet kunna ha?

Intervjuerna hölls under cirka 1 timma, främst individuellt men vid två tillfällen med två personer samtidigt. Sammanlagt intervjuades sju personer. Av dessa har tre personer chefsbefattning på någon nivå inom respektive linjeorganisation, två personer arbetade inom habilitering/rehabilitering, två personer hade egen patient/närstående erfarenhet och representerade patient/brukarorganisation. Respondenterna utgjordes av två män och fem kvinnor.

Utifrån ett organisationsperspektiv så representerade respondenterna specialistsjukvård, primärvård (offentlig), kommun och patient-/intresseorganisation.

Förutom att samtliga intervjuer spelades in, förde jag anteckningar under samtalen. Efter respektive intervju lyssnade jag igenom varje samtal för att komplettera mina anteckningar och skriva ut en sammanfattning. Vid sammanställningen av de olika intervjuerna växte ett antal kluster fram. Antalet intervjuer begränsades till en uppskattad rimlig omfattning utifrån uppsatsens nivå. Respondenterna utlovades anonymitet.

Vid intervjuerna utgick jag ifrån de fyra ovanstående frågeställningarna. Jag intog en både inlyssnande och aktiv roll i samtalen och ställde följdfrågor under intervjun, vilka respondenterna till stor del kunde styra genom sina reflektioner och tankar. Jag återkopplade till frågeställningarna under samtalet. Min egen förförståelse av organisation och området underlättade intervjuerna. Men jag är medveten om att denna fördel också kan vara till nackdel om jag tar för givet vissa givna svar utan att reflektera och ställa följdfrågor.

Workshop

En arbetsgrupp vilken jag utifrån mitt arbete deltog i, fick uppdrag att arbeta fram en ansökan om projektmedel vilken skulle handla om att utveckla innovativa arbetssätt för att förbättra vårdkedjans processer för personer med förvärvad hjärnskada under 65 år. Som en del inför ansökningsarbetet arrangerades en workshop. Jag berättade om min uppsats och att jag avsåg att använda mig av workshopens resultat som en del av den empiriska insamlingen, då temat för denna låg i linje med min uppsats.

Ett 40-tal chefer och medarbetare från ingående samverkansparter i Göteborgsområdet deltog. Inbjudan riktades till utvalda personer med kompetens och erfarenhet av arbete med målgruppen. Från intresseorganisationer deltog Neuroförbundet i Göteborg. Deltagarna utgjorde en blandad professionsgrupp där cirka hälften var anställda i Hälso- och sjukvården (sjukhus/SU och primärvården) samt hälften i kommunerna. Deltagarnas yrkesprofessioner var främst läkare, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut, socionom, sjuksköterska. Cirka en tredjedel av dessa hade någon form av chefsuppdrag.

Workshopen leddes av en EU-samordnare i Göteborg Stad som var väl förtrogen med den LFA-metod som användes. ”Logical framework approach” (LFA) är en målstyrd planerings- och uppföljningsmetod som syftar till att skapa ett aktivt deltagande, koncensus och höja kvaliteten på förändringsarbetet för att uppnå mer uthålliga resultat. Workshopen fokuserade på metodavsnitten problemanalys och aktivitetsplan. Deltagarna var placerade gruppvis vid olika bord och arbetade genom diskussioner och redovisningar i helgrupp fram problem, orsaker, effekter och åtgärdsförslag.

Ledaren för workshopen samlade in materialet och skickade det sammanställda materialet till samtliga deltagare. Resultatet från workshopen och de genomförda intervjuerna redovisas i kommande kapitel.

Sammanställning av empiriskt resultat

Trots att respondenterna vid både intervjuerna och workshopen hade en varierande bakgrund och organisationstillhörighet så verkade det finnas en hög grad av samstämmighet i engagemang och synpunkter. Vid workshopen med 40 deltagare, fördelade vid fem bord var det få som presenterade sig med befattning och profession. Den processinriktade LFA modellen som användes manade till direkt arbete och kreativitet och i rummet fanns en vilja till utveckling och förbättring.

I LFA modellen använder man sig av en metafor, i form av ett problemträd. Deltagarna vid de olika borden bidrog med sina tankar utifrån rubrikerna problem, orsaker, effekter och åtgärdsförslag. I slutet av workshopen samlade workshopledaren in allt material för sammanställning, vilket jag sedan lagt in i nedanstående illustration.

Såväl intervjuer som workshop har bidragit till att besvara mina frågor om aktörers olika erfarenheter och föreställningar om vårdkedjan. Jag kan se vissa skillnader i svaren beroende på inom vilken organisation man arbetar. Men generellt sett finns en samstämmighet av vårdkedjans brister, oavsett vilken verksamhet eller patientorganisation synpunkterna framfördes av. I följande redovisning har workshopens resultat kompletterats med citat från de genomförda intervjuerna.

Några av citaten från intervjuerna, vilka synliggör olika föreställningar om vårdkedjan och dess påverkan, presenteras istället under rubriken ”Analys”. Detta för att låta empirin bli synlig i den teoretiska analysen.

Illustration 1: Problemträd



Källa: Sammanställning av workshopen av LFA ledaren (2015).

Grafik: Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet (2015) Anna Karlsson.

När man gödslar jorden och trädets rotsystem, med ovanstående faktorer (orsaker) som slutna stuprör, olika tolkningar om ansvarsfördelning, olika huvudmän, kortsiktig ekonomistyrning m.m. – så kan trädstammen sägas få problem med att lösa och möta de rehabiliteringsbehov som målgruppen har.

I problemträdet krona slår istället effekterna av detta ut. Nedan presenteras effekterna mer utförligt, utifrån vad som framkom vid workshop och intervjuer. Dessa relateras till delar av vad som tidigare framkommit i uppsatsen.

Familjens situation

Ekonomi påverkas hårt för patienterna/brukarna och ofta även för de närstående pga. långa sjukskrivningsperioder. Det finns en utbredd oro för att barnen i de drabbade familjerna inte beaktas i tillräcklig utsträckning och får det stöd de behöver i både skolan, hemma och på fritiden.

Målgruppen löper en ökad risk för psykisk ohälsa och en för tidig död. Tidigt i uppsatsen redovisades den flerfaldigt högre risk för psykisk ohälsa och suicid som drabbade löper i åldern 20-54 år. Konsekvenserna av skadan samt den komplicerade livssituationen sätter stor press på både de enskilda och deras närstående.

Vi personal kräver att människor själva ska kunna sortera, välja och ”rodda” sin situation. När faktiskt den nedsatta förmågan till detta utgör en konsekvens av skadan – och medför en stor frustration för den enskilde och närstående då det handlar om en förlorad förmåga och något man tidigare kunnat. (Personal i kommun)

Alla vittande om de höga krav och ansvar som läggs på patienten för att på egen hand försöka få hjälp i vårdkedjan. För personer med traumatisk hjärnskada gavs t.ex. uttryck för att kedjans länkar blir allt svagare ju längre ut i kedjan man kommer efter skadetillfället. Det fungerar bra med massiva specialistinsatser tidigt men sedan blir det allt svårare.

Vårdande make/maka får dra ett stort lass, ofta med stora ekonomiska konsekvenser för försörjningen som följd. En stor frustration uttrycktes hos yrkesverksamma och patientförening över vårdkedjans brister. Återkommande var konstaterandet att det saknas någon form av koordinator och gemensam samarbetsmodell för att åstadkomma en samordning av insatserna.

Det behövs mer utvärdering som visar vad effekten verkligen blir för enskild patient. Finns system och enkäter men det blir lätt bara ord. Honnörsorden måste appliceras på verkligheten. Vi måste ta med patient och närstående i mycket högre grad. (Personal inom VGR)

Ineffektivitet och resursslöseri

Ett tema som återkom ofta vid både workshop och intervjuer, var det ekonomiska styrsystemet. Det fanns en föreställning om att alla parter håller på sina egna resurser och tycks ha svårt att kommunicera och samarbeta. Många uttryckte att det råder okunskap om helheten och att se sin del av denna. Istället upplevs att var och en gör sin tolkning av den egna och den andra organisationens uppdrag och efter detta definierar sina gränser. På så vis kan det precis som tidigare beskrivits i uppsatsen hända att ”alla gjort sitt” enligt de ersättningsssystem som finns – men ändå brister helheten.

Detta är en politisk fråga också, idag är budgeten överordnad lagstiftningen och kommuner prövar var gränsen för vite går. Detta synsätt har svängt under senaste 25 åren i Socialtjänsten. Dagens ledare väljer också väg. Det kan vara lätt att bli förledd av det ekonomiska perspektivet om man inte är kunnig på verksamhetsfrågorna man ska ansvara för. (Personal i kommun)

Ett annat problem som återkom var att utskrivningsklara patienter blir kvar och tar upp en plats på sjukhuset. Kommunerna uppges ha svårt att ta emot patienterna i det egna hemmet eller i annan boendeform. Det är vanligt att socialtjänsten köper extern plats på korttidshem i avvaktan på plats i hemkommunen.

Det uppgavs att det saknas korttidshem med adekvat rehabilitering samt bostäder med särskild service (gruppboende, serviceboende) framförallt i Göteborgs Stad. Vid externa köp av platser skiljer man den enskilde åt från sin familj eftersom många boenden är placerade långt från hemkommunen.

Medicinskt färdigbehandlad finns inte längre, utskrivningsklar är det som gäller. Hur sjuka personer kan och ska kommunens hemsjukvård kunna ta emot? Man har ju ingen läkare anställd. Kommunen och primärvården måste vara tigha vilket inte minst blir tydligt i den lag som ska ersätta Betalningsansvarslagen, där primärvårdens roll lyfts fram.
(Personal i kommun)

Med allt kortare vårdtider förändras uppgifterna, sjukhuset hinner nu främst med att utreda och bedöma. (Personal inom VGR)

Man glömmer hela tiden att ansvaret, det medicinska till stor del ligger på primärvården. Det gäller att identifiera några läkare som är intresserade och som i sin tur kan informera sina kollegor. Gäller att börja i liten skala för att testa en ny modell där primärvården och kommunen är delaktiga redan från början. Det positiva smittar, men också det negativa.
(Personal inom VGR)

Olika kunskapsgrund

Som tidigare redovisats så har personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst olika utbildningsbakgrund och är skolade inom skilda kunskapsfält med olika diskurser vilket bl.a. innebär olika kunskapsgrunder, förklaringsmodeller, språkbruk och kultur. Detta utgör dessutom grund för en rad olika asymmetriska möten i vårdkedjan då personal med olika professioner och utbildningsbakgrund ska samverka.

Vissa legitimerade yrkesgrupper (som läkare) är också mer säkra på sin sak och tillmäts en större auktoritet. Vad ligger i denna säkerhet? Handläggare kan sägas ha samma hierarkiska position som en läkare, men det spelar ingen roll vad en erfaren och kunnig handläggare säger om läkaren sagt något annat. (Personal i kommun)

Finns en risk i att professionella skapar en stark allians med patienten och binder upp relationen. Vi tar på oss en ombudsmannaroll där vi anser oss veta bäst vad patienten behöver. Det är en maktbalans där vi inom sjukvården lever på att vi har stor medicinsk och rehabiliterande kompetens – men vi har *inte* upplevt vad det också innebär att också ha rollen som myndighetsutövare. (Personal inom VGR)

Det uttrycktes i intervjuerna att det existerar ett slags kraftfält mellan det medicinska och samhällsvetenskapliga kunskapsområdet där olika huvudmän och lagstiftning styr. Detta faktum med olika logiker och förutsättningar mellan verksamheterna har tidigare presenterats i uppsatsen.

Vi behöver veta mer om varandra för att kunna arbeta tvärprofessionellt. Här finns gamla hierarkiska maktstrukturer som vi inte rör på så det handlar om att lära sig hantera dessa och använda sig av det. (Personal i kommun)

Det saknas en större helhet. Man måste ha tilltro och kunskap om varandras kompetens och uppdrag. Sjukhuset får t ex inte uttrycka att – ” i bäst av världar skulle du få vara kvar men nu får du gå till primärvården osv. (Personal inom VGR).

Försämrad rehabilitering – leder till sämre funktion och ökat behov av vård och stöd

Frågan om vad som egentligen räknas som rehabilitering lyftes framförallt av intresseorganisation. Arbete anses angeläget men för många i målgruppen är det något som ligger långt borta. I dessa fall är det angeläget att det erbjuds meningsfulla och utvecklande rehabiliteringsinsatser och sysselsättning. Flera uttryckte en oro över att detta inte prioriteras tillräckligt. Ett exempel är dagrehabilitering vilket inte är lagstadgat och då riskerar att nedprioriteras och försvinna.

Det är ju ingen idé att träna hårt för att förbättra en funktion/rörelse om det sedan inte finns förutsättningar i vardagen för att få använda sig av, eller underhålla funktionen så att den bibehålls. (Personal inom VGR)

Om du som patient själv kan ta dig till en mottagning hamnar du som alla andra i primärvården. De andra patienterna med de största behoven tillhör kommunens hemsjukvård vilket innebär skilda förutsättningar.

Där arbetar man mer med delegation av uppgifter till baspersonal. Det *kan* vara en begränsning att få all rehabilitering utförd i hemmet av hemsjukvården. Många vill komma iväg till en träningslokal och få tillgång till en professionell miljö vilket man kanske skulle kunna lösa geografiskt. Dit skulle brukaren kunna gå och träna tillsammans med t.ex. personlig assistans. (Personal inom VGR)

Rätten till SIP (samordnad individuell plan) återkommer vid flera intervjuer, något som genomgående upplevs angeläget för målgruppen. Rehabiliteringsplan anses vara angeläget men avser just rehabiliteringen och behöver kopplas till SIP.

Stuprörslogik

Flera tog upp problemet med att organisationerna arbetar i separata stuprör men det framgick också att detta är något som även sker internt. När det gäller socialtjänsten exemplifierades detta genom olika avdelningar för sysselsättning/arbetsmarknadsstöd, försörjningsstöd, barn och unga, funktionshinder, missbruk/beroende. Mellan de interna stuprören framkom brister i dialog och samordning av insatser. Det framgick också att förklaringsmodeller kan variera beroende på vilken avdelning som hanterar ett enskilt ärende.

Insatserna riskerar dessutom att styras av vad verksamheterna kan erbjuda och vad som är möjligt att lägga in i datasystemet. (Personal i kommun)

Många framhöll att det är viktigt vilka personer som tillsätts i ledande funktioner och vilka tankar dessa personer har. Det framstod som att person är viktigare än funktion.

Något som återkom var behovet av att få tillgång till rätt vård- och omsorgsinsats. Desto mer komplex situationen är kring den enskilde, desto svårare tycks det vara att få hjälp. Som exempel på detta framkom att beteendestörningar inte är ovanligt inom målgruppen vilket angränsar till psykiatriområdet. Men det framstod som svårt att få tillgång till psykiatrisk vård om man har en förvärvad hjärnskada och inte upplevs tillhöra ”psykiatrins målgrupp”.

Samarbetsmodell

Många gav uttryck för att en gemensam samarbetsmodell behöver utvecklas mellan organisationer och verksamheter. Någon form av Case management (coaching) - Vård och stödsamordning behöver utvecklas för att bistå den enskilde i samordning av insatser. Samordnaren behöver ha särskild kompetens och kunna koppla till arbetet med SIP m.m.

En paradox i sammanhanget som framkom är att det krävs ett styrkt behov av insatser för att komma ifråga vilket medför att man måste framhålla och fokusera på problem och svagheter.

Lyfter man alltför mycket fram förmågor kanske brukaren blir utan den insats hen så väl behöver från kommunen. (Personal inom VGR)

Exempel på en innovativ idé som framkom på workshopen var en motsvarighet till det ”Gröna kort” vilket finns inom tandvården. Detta skulle efter bedömning och utskrivning från sjukhus garantera patienten ett antal rehabiliteringsinsatser och samordning, uppföljning av dessa med koppling till SIP. Ett ekonomiskt avräkningssystem skulle möjliggöra att pröva idén inom befintliga strukturer.

Kompetensutveckling

Många framhöll gemensam kompetensutveckling som ett strategiskt verktyg för samverkansarbetet mellan huvudmännen. Men kompetensutvecklande insatser ansågs oftast ske i respektive organisations egna stuprör, vilket innebär att man missar möjligheten till det gemensamma lärandet.

Ett dilemma uttrycktes vara att det byts personal ofta vilket medför ett ständigt behov av kompetensutveckling. I detta sammanhang framkom idén om ett ”Kompetens- och rehabiliteringscenter” för att stärka basen och utgöra en konsultativ verksamhet i samverkan.

Hur ska verksamheterna klara övergångarna och säkerställa vardagskunskapen?

Kunskapsutbyte är ett verksamt kritiskt moment. Nya interventionsprogram för målgruppen bygger ju på regelbundna och långsiktiga kontakter - uppbackning i vardagen skulle behöva stärkas. (Personal inom VGR)

Personal

Stor personalomsättning utgör ett återkommande bekymmer. Bristen på fysioterapeuter, neurologer och rehabiliteringsläkare lyfts fram. Flera framhöll att tanken med att arbeta i team är bra men svårigheter uppstår när professioner saknas. En fråga ställdes om kanske sjuksköterskor skulle kunna göra mer av läkarens uppgifter, även om denna behöll det medicinska ansvaret.

Slutligen så poängterades av många att de personliga egenskaperna ofta visar sig vara mer avgörande för hur det blir, än den speciella funktionen eller professionen hos den yrkesverksamme. Av detta framgår betydelsen av ett gott bemötande och förhållningssätt.

Analys

I detta kapitel kommer jag att med hjälp av de två tidigare beskrivna vetenskapsteoretiska begreppen översättning och diffusion föra ett resonemang och göra en analys av det empiriska materialet. En del citat från intervjuerna kommer att vävas in för att exemplifiera de olika föreställningarna om vårdkedjan som framkommit. Kapitlet inleds med en konkret fallbeskrivning från en kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet, i syfte att exemplifiera hur det i praktiken kan gestalta sig kring en enskild patient.

Fallbeskrivning

”En patient med stroke samt en annan progredierande neurologisk sjukdom och tidigare missbruk är efter 10 veckors sjukhusvistelse på psykiatriavdelning klar för utskrivning. Vid ett första vårdplaneringsmöte framkommer behov av korttidsvistelse i avvaktan på att få komma hem eller till annan boendeform.

Vid ett andra möte deltar arbetsterapeut och fysioterapeut från psykiatrin, chef för tilltänkt korttidsboende, chef för den kommunala hälso- och sjukvårdsenheten, patient och två socialsekreterare (en handläggare psykiatri och en handläggare för funktionshinder) från kommunen. Primärvården är kallad men deltar inte vid mötet. Sjukhuspersonalen har under sjukhusvistelsen lärt känna patienten och dennes familj medan det är det andra tillfället som de båda nyanställda handläggarna från kommunen träffar patienten.

Sjukhuspersonalen beskriver patientens svårigheter av tvång och utagerande beteende vilket ställer krav på ständig tillsyn. De uttrycker patientens behov av att få komma hem och få stöd av en personlig assistent. Diskussion uppstår då handläggaren inte kan utlova något, utan att först genom en utredning göra en biståndsbedömning enligt lagstiftning SoL och/eller LSS. Vad gäller beslut om personlig assistans fattas heller inga sådana beslut så tidigt. Det krävs en utredning av patientens självständighetsgrad och det skall dessutom vara styrkt att det föreligger en funktionsnedsättning vilken ger upphov till ett varaktigt behov av insats.

Vid mötet framfördes patientens behov av en rullstol. Psykiatrin informerade om att det inte är deras ansvar att förskriva detta. Kommunen meddelade att de inte heller ansvarar för detta, då det måste ske före utskrivning. Vid mötet framkom att medicininställning för patienten inte var klar. Kontakt med neurolog hade inte skett. Överläkare kallades in till mötet och information lämnades från kommunen om vilka åtgärder som måste vidtas innan patienten kunde få komma till ett korttidsboende.

Fredag eftermiddag anländer patienten i taxi till kommunens korttidsboende utan läkemedelslista eller annan dokumentation från sjukhuset (epikris). Patienten saknar blöjor, hygienartiklar och personliga kläder. Det saknas fortsatt en upprättad kontakt med primärvården på grund av att patienten varit inskriven vid en vårdcentral i ett annat landsting. I kontakt med denna visar det sig dock att patienten inte var aktuell där. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal upprättar kontakt med en ny vårdcentral. Därefter kräver de att epikris från sjukhuset skickas både till den nya vårdcentralen för uttag av blöjor samt till öppenvårdspsykiatrin för fortsatt medicinering och stöd till personal för patients beteendestörning. På korttidsboendet är det sommarvikarier som inte känner till patienten och det sker ett flertal utagerande situationer där en personal blev slagen och skadad med operation och sjukskrivning som följd. SIP eller uppföljningsmöte var inte inplanerat med berörda aktörer.”

Fallbeskrivningen åskådliggör hur det kan gå till i vårdkedjan och ger en förståelse utifrån både ett patient- och verksamhetsperspektiv. I den kommande analysen förs ett vidare resonemang.

Olika bilder av vårdkedjan

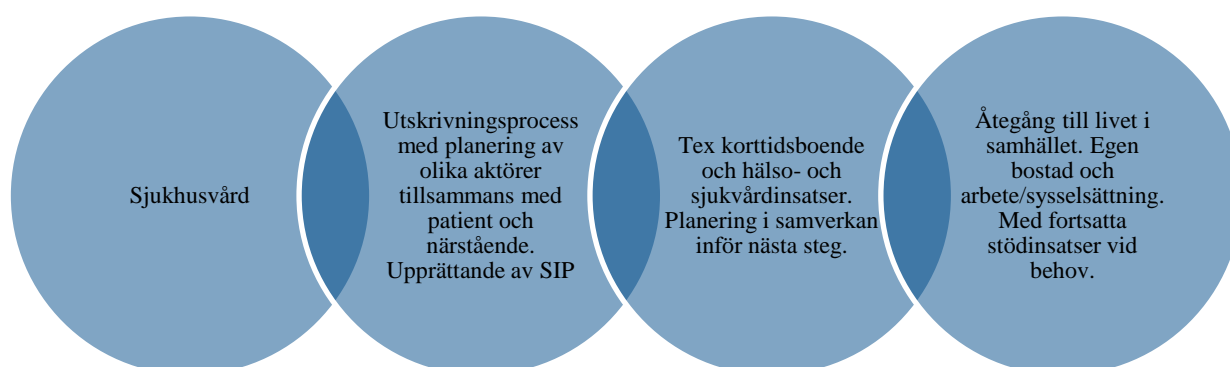
Lindberg (2002) skriver att med tanke på det genomslag som NPM haft inom vårdsektorn så är det troligt att vårdkedjan som företeelse inspirerats av värdekedjan som ”management koncept”.

En värdekedja utgörs av en linjär och sekventiell serieproduktion där komponenter tillförs längs produktionsbandet och därmed ökar produktens värde från råvara till färdig produkt. Författaren menar att man kan uppfatta:

Vårdinsatser som länkar i en kedja vilka hakar i varandra och som innebär att man betraktar verksamheten utifrån ett horisontellt synsätt. Därmed kan begreppet vårdkedja relateras till den processorganisering som vuxit fram som en motvikt till traditionella hierarkier. Förändring av verksamheten med inriktning mot processorientering fordrar att personal deltar aktivt och samverkar över traditionellt uppbyggda gränser (Lindberg, 2002, s.32).

Utifrån detta kan bilden av den linjära kedjan där verksamheternas insatser ska länka i varandra med en väl fungerande informationsöverföring i övergångarna, se ut som följer. Denna metafor kan också betraktas som den rådande, ”officiella” föreställningen av hur vårdkedjan ska fungera.

Illustration 2: Metafor av rådande föreställning, av en välfungerande linjär vårdkedja.



Här tycks finnas en förväntan om att de olika verksamheterna och insatserna liksom länkar i samma kedja ”bara ska” fungera i praktiken, och så ska även övergångarna mellan länkarna göra. Som stöd för detta arbete har respektive linjeorganisation tillgång till ett centralt utarbetat rutindokument omfattande 19 sidor; ”Samordnad vård- och omsorgsplanering Gemensam rutin i Västra Götaland samt IT stödet KLARA SVPL. Med tillägg av riktlinjer för Göteborgsområdet (f.d. LGS) m.fl.” (2013). Enskilda seminarier har genomförts för att understödja denna rutin.

Men ovanstående fallbeskrivning, uppsatsens intervjuer, workshop och aktuella rapporter återger en annan bild av hur det tycks fungera i praktiken. En bild där länkarna inte alls överlappar eller hakar i varandra.

Vi har en linjeorganisation där kunskapen finns i mellanlagren. När något ska implementeras är det ofta oklart vem som är ägare, förvaltare och vem som ska ta hand om implementeringen. Inga morötter eller incitament ges – man skjuter bara ut det som ska göras, slutsatsen blir att det fastnar. Man borde frigöra stödpersoner i samband med införande och underhåll (Personal inom VGR).

Zuiderent-Jerak (2007) framhåller att kliniska riktlinjer ironiskt nog ofta betraktas som hyllvärmare. Trots att de har en klinisk potential så menar författaren att de sällan utmanar existerande praxis inom hälso- och sjukvården och hävdar att följsamheten till riktlinjer generellt endast uppgår till ca 50 %. Det är således en utmaning att överbrygga gapet mellan innehållet i riktlinjer och dess tillämpning ute i praktiken (Zuiderent-Jerak, 2007, s.1).

Integrerade vårdkedjor (ICP) har enligt författaren, allt sedan 1990 talet presenterats som ett potentiellt starkt verktyg för implementering av aggregerad klinisk evidens i praktiken. Men den ursprungliga önskan om att utveckla den lokala evidensen, genom kritisk granskning av både klinisk evidens och praktisk vård – har inte lyckats överbrygga frågor av mer organisatorisk komplexitet (Zuiderent-Jerak, 2007, s.1).

Författaren hävdar att många års implementeringsforskning inte visar på någon större förändring av hur riktlinjer integreras i medicinsk praktik. Och trots att listan över framgångs- kontra hindrande faktorer för implementeringen blir allt längre, ger den ingen tydlig hjälp för att stärka relationen mellan medicinsk evidens och praktik (Zuiderent-Jerak, 2007, s.4).

Rehabilitering tycks enligt många enbart handla om sjukgymnastik och arbetsrehabilitering. Men för många med livslång sjukdom och behov av rehabilitering handlar det om att få vara delaktig och ha en bra livskvalitet. Människor faller mellan stolar idag och vet inte vart de ska vända sig, vilket i sin tur medför att de kommer att belasta sjukvården. (Intresseorganisation)

Denna föreställning tyder således på att länkarna inte överlappar eller hakar i varandra utan istället bildas det okända tomrum, vilket kan illustreras som nedan.

Illustration 3: Metafor av en icke fungerande linjär föreställning av vårdkedjan, vilken flera vittnar om.



Istället för smidiga övergångar möter den enskilde istället ett omfattande vårdpussel som Norén (2015) uttrycker det.

Det sammantagna resultatet blir lidande av att insatserna genomförs av skilda verksamhetsorganisationer med bristande kontinuitet, koordinering och planering. Det hela utgör ett omfattande vårdpussel vilket visar tecken på att generera sämre kvalitet och dessutom vara ett kostnadsdrivande sätt att bedriva vård och omsorg på. (Norén, 2015)

Hur kommer det sig att denna rådande metafor av den linjära, ofta mekaniska vårdkedja är så stark och eftersträvsvärd? Följande citat speglar frågeställningen:

Begreppet vårdkedja är egentligen fel, kedjan fokuserar bara på länkarna. Det finns egentligen ingen linjär kedja. Istället är det så att alla delarna behövs, det handlar om överlämnande i en sammanhållen vård och omsorgsprocess vilken går runt, runt. Man kan framför sig se att man placerar alla kontakter och verksamheter inne i ett hjul samtidigt som patienten flödar runt i livshjulet. (Personal inom VGR)

Citaten och fallbeskrivningen pekar på att centralt utarbetade rutiner inte följs så som avsetts. Den rådande ”officiella” föreställningen om hur vårdkedjan ska fungera möter på motstånd.

Zuiderent-Jerak (2007) menar att ett fel som görs, är att man enbart fokuserar på *Hur* praktiken ska kunna visa en större följsamhet av riktlinjer och *Hur* olika interventioner ska kunna implementeras i vården. Istället för att utveckla en djupare processuell förståelse för vårdkedjan tenderar man att fastna i implementeringsproblematik. Enligt författaren handlar det istället om att försöka undvika en situation där kunskapen har definierats utanför den praktik den i själva verket ska implementeras i. En situation vars strategi benämns ”preventing implementation” (Zuiderent-Jerak, 2007, s.2).

Guidelines are more likely to succeed if they are developed by those who will be using them (Zuiderent-Jerak, 2007, s.5).

Samspelet mellan professionerna och patienterna/brukarna tillsammans med ett fokuserat ledarskap för utvecklingen av ett helt nytt arbetssätt framhålls som betydelsefullt av Norén (2015, s.35).

Det finns en stor och outnyttjad potential att låta professionerna själva få utveckla och leda de nya lösningarna efter individ/personcentrerade förtecken. Av de innovationer som lyckats helt eller delvis har alla kommit ”underifrån-och-upp” – och inte några utifrån strukturförändringar och ”arkitektplaner” ”uppifrån-och-ner”. Däremot är det viktigt att ”uppifrån-och-ner” bereda vägen för och stödja att ”underifrån-och-upp”-lösningar kan utvecklas (Norén, 2015, s.36).

Lindberg (2002) delar bilden av delaktighetens betydelse. I det studerade Högsboprojektet beskriver författaren hur projektdeltagarnas delaktighet stärktes genom olika projektaktiviteter som t ex hospitering, nätverksträffar m.m. ”Delaktighet bidrog till att översättningen av idén om vårdkedja skedde genom gemensamma ansträngningar och inte genom individuella initiativ” (Lindberg, 2002, s.125).

Vetenskapsteoretiskt analysperspektiv

Sett utifrån ett vetenskapsteoretiskt perspektiv urskiljer jag två olika föreställningar av vårdkedjan, vilka båda kan härledas till ett översättningsperspektiv och dess motsatsförhållande som Latour (1986) kallar diffusion.

Den ena föreställningen kan relateras till diffusion, vilket är ett viktigt begrepp inom ANT, Actor-Network-Theory (Latour, 1986/1998, Callon, 1986). Som tidigare redovisats i teoriavsnittet präglas denna av att en initial kraft eller order förutsätts kicka igång en rörelse vilken sedan rullar vidare med en fortsatt automatisk spridning. Det centralt utarbetade rutindokumentet föreskriver i detta sammanhang hur processen ska genomföras i vårdkedjan.

Kallelsen till vårdplanering mellan aktörerna på sjukhuset kan sägas utgöra den initiala kicken för att starta upp hela kedjan som sedan förväntas rulla på, längs bandet av olika insatser. Fallbeskrivningen och det empiriska materialet visar på hur processen möter på motstånd genom olika hinder längs vägen. En rad brister framträder som t.ex. bristande kommunikation och deltagande från berörda aktörer, brister i informationsöverföringen mellan verksamheter/huvudmän, definiering av gränser vad gäller uppdrag och kostnadsansvar.

Enligt diffusionsmodellen kan detta förklaras genom att de hinder som uppträtt skapat ett motstånd vilket i sin tur hindrat genomförandet. Energi läggs då på att försöka undvika eller lösa uppkomna problem. Situationer som fallbeskrivningen visar, ger också upphov till att avvikelser skickas till berörd verksamhet och registreras enligt rutin för avvikelshantering. Men då dessa tenderar att upprepas utan återkoppling om åtgärd skapas en känsla av frustration och uppgivenhet hos både patienter, närstående och medarbetare. Enligt ANT är all kunskap lokal och en förutsättning är därför att idéer måste översättas och bli meningsfulla i den lokala praktiken, för att sedan kunna spridas vidare (Lindberg & Erlingsdottir, 2005). En del av problemet skulle alltså kunna sägas bero på *varifrån* initiativet kommit och *hur* själva genomförandet förberetts.

Den andra föreställningen kan istället sägas ifrågasätta ovanstående bild av vårdkedjan med dess stora tilltro till automatiskt genomförande och dess metafor av vård- och omsorgsprocessen som en mekanisk, linjär kedja. Här framträder istället en föreställning om att det i varje övergång sker en översättning av en mottagande aktör vilken i sin tur gör någon form av tolkning och anpassning av idén till den egna kontexten innan fortsatt spridning sker. Denna föreställning av vårdkedjan utgör ett exempel på den översättningsmodell vilket också är ett centralt begrepp inom ANT (Latour, 1998, Callon, 1986).

I fallbeskrivningen startar även utifrån ett översättningsperspektiv, processen genom kallelsen till vårdplanering mellan aktörerna. Men den förväntas inte av sig själv ha en inneboende trög kraft vilken genererar spridning, utan istället tillförs den kraft genom de olika aktörernas handlingar. Här finns hela tiden ett lärande att ta tillvara in i processen. I fallbeskrivningen deltar t.ex. inte primärvården i vårdplaneringsmötet, de väljer att på så sätt stoppa flödet och inte plocka upp idén och ärendet. Vad kan aktörerna lära av detta och vad ska till för att de ska delta?

Utifrån ett översättningsperspektiv har varje mottagare av en idé två alternativ. Det ena är att idén/kunskapen plockas upp, tolkas och anpassas för att så småningom skickas vidare – men i något förändrat skick. Denna översättning som sker varje gång idén plockas upp tillför processen energi. Det andra alternativet utgörs av att idén inte alls plockas upp vilket då orsakar ett stopp eller förändring i processen. Men tröghet i processen kan enligt översättningsmodellen betraktas som utveckling (Czarniawska, 2004). I denna kan människors erfarenheter och olikheter tillföra processen energi istället för att utgöra motstånd. Beträktandet av motstånd skiljer sig således åt mellan diffusions- och översättningsmodellen.

Den officiellt rådande linjära metaforen skulle utifrån ett översättningsperspektiv kunna ersättas av en bild vilken visar att det inte existerar någon kedja. Istället finns en patient som under olika faser i sitt liv är i behov av insatser från olika håll och som rör sig mellan olika aktörer, med olika yrkesroller och organisationstillhörigheter. Utifrån det empiriska materialet framträder en metafor i form av ett nätverk som istället åskådliggör patientens/brukarens individuella ”vårdkedja” och som visar att en rad olika aktörer är involverade. Denna metafor kontrasterar mot betraktandet av vårdkedjan som ett linjärt ”produktionsband” med ett starkt fokus på professioner, verksamheter och organisation.

Några centrala faktorer framträder ur detta resonemang. Den rådande bilden av hur vårdkedjan antas fungera utifrån framtagna rutindokument. Beslutet har initierats utifrån och förutsätter inte alls att översättning behöver göras av aktörerna för att på så vis bli ett meningsfullt verktyg i den lokala praktiken. Utifrån detta kan idén upplevas tvingande och kommandes utifrån/uppiifrån. Denna bild kan sägas utgöras av det perspektiv som Latour (1986) kallar diffusion och skulle i princip kunna komma att omöjliggöra en översättning aktörerna emellan, då det redan bestämts utifrån hur genomförandet ska ske – aktörerna har som utförare bara att välja mellan ja eller nej vilket innebär att deras agerande antingen kommer att innebära verkställighet eller motstånd.

Detta bryter mot grundläggande antagandet i ANT om att all kunskap är lokal och därför måste översättas och anpassas till den lokala kontexten. Varifrån initiativet kommer är väsentligt - man kan inte där borta säga hur det ska vara här. Utifrån det samlade empiriska materialet skulle den officiellt rådande bilden kunna sägas motsvara det Latour (1986) benämner diffusion och därmed skulle analysen kunna sätta punkt.

Men denna bedömning räcker inte fullt ut. Resonemanget kan också tyda på att själva metaforen av vårdkedjan i sig *inte* nödvändigtvis måste innebära ett problem i alla lägen. För patienter med mindre komplicerade tillstånd kan bilden av den linjära vårdkedjan med dess länkar fungera som avsett. Det är när insatser behövs från flera vårdgivare/aktörer som den rådande föreställningen av vårdkedjan inte håller. Då kan till och med föreställningen antas komma att utgöra ett hinder. Frustrationen över att det inte blir som det är tänkt i rutinen trots att man uppfyller sin egen del av kedjan.

Om en översättning däremot gjorts mellan aktörerna kunde man eventuellt ändå ha kommit fram till en linjär metafor - i syfte att visualisera och understödja processen. Men detta hade då varit ett resultat av att aktörerna processat sig fram till metaforen vilken skulle återspegla en form för struktur. Metaforen av den linjära vårdkedjan kan i sig alltså upplevas gestalta ett diffusionsperspektiv – men skulle alltså inte med nödvändighet behöva vara det.

Det är i sammanhanget således väsentligt att skilja på olika föreställningar om vårdkedjan:

- Den ena genom ett diffusionsperspektiv där en stark tilltro till att ett centralt utarbetat rutindokument förväntas få personalen att agera, vilket i sin tur per automatik ska generera implementering. Här förväntas den vertikala processen bara fungera.
- Det andra i ett översättningsperspektiv där de berörda aktörerna i en horisontell process själva skapat ett linjärt flöde i syfte att visualisera processen och understödja att översättning kan ske.
- Det tredje skulle kunna utgöra en mer komplex mix. Ett centralt framtaget rutindokument introduceras uppifrån (vertikal process) *men* med en insikt om att implementering ändå förutsätter översättning och lokal anpassning. I detta fall fungerar rutindokumentet endast som ett initialt stöd för en horisontell process.

Exempel på de olika föreställningarna kan vara olika centralt framtagna regionala styrdokument och de som sedan arbetas fram på delregional och lokal nivå. Vetskapen om varifrån initiativet kommit eller var dokumenten framtagits räcker dock inte, utan kännedom om hur processen genomförs är väsentlig.

Vilken påverkan kan dessa olika föreställningar ha?

Det empiriska materialet har legat till grund för ovanstående analys genom de vetenskapsteoretiska begreppen diffusion och översättning. Oavsett föreställning så kan man utifrån analysen, spåra både för- och nackdelar vilka i sig kan innebära skilda effekter.

Den ”officiella” bilden av den linjära, mekaniska vårdkedjan med sin ”automatiska” spridning och process i enlighet med diffusionsmodellen, framträder som den rådande bild som både ledning och medarbetare strävar efter. De hinder som uppstår utgör motstånd vilket gör att processerna stoppar. Av det empiriska materialet framgår att aktörerna ägnar mycket tid åt att definiera sina egna respektive andra aktörers gränser för uppdrag och ansvar samt, åt att rapportera in enskilda avvikelser till respektive organisations system för avvikelshantering. Kraft läggs på att utforma och ytterligare tydliggöra gällande rutindokument, men en känsla av uppgivenhet och frustration hos både medarbetare och patienter/närstående framträder då avsaknad av konkreta förbättringsåtgärder uteblir.

Men om nu bristerna är så stora, varför överlever då denna föreställning av hur det ”borde” fungera? En av metaforens fördelar kan sägas vara dess rationella och kraftfulla symbolik vilken enkelt klargör och rättfärdigar gränserna för respektive aktörer. Kedjan är enkel att förhålla sig till och visualiserar ett flöde och en process där respektive verksamhet kan avsluta sin del efter utförd insats. För vissa patienter med mindre komplexa behov kan den dessutom vara helt adekvat.

Den linjära, mekaniska bilden av vårdkedjan kan också betraktas som en överlevnadsstrategi från aktörerna sida. Krasst sett så utför verksamheterna det man är ålagd att göra och det man ekonomiskt följs upp på inom respektive resultatenhet och organisation. Metaforen kan på så vis sägas passa linjeorganisationernas rådande stuprörslagik. Den rådande bilden kanske till och med bidrar till ett rättfärdigande av aktörernas handlande, där murar byggs i form av ansvarsgränser vilka sedan är svåra att överskrida i samverkan. När en aktör upplever att de gjort sitt, så tas litet eller inget ansvar för att säkerställa en fortsatt sammanhållen vård- och omsorgsprocess för den enskilde. Konsekvensen av detta organisationsperspektiv blir att den enskilde riskerar att bli utan insats och falla mellan stolarna.

Den linjära förställningen av vårdkedjan lyfter fram professionerna och huvudmännens verksamheter medan patienten kan sägas spela en mer passiv roll i sammanhanget.

Nuvarande ekonomisystem uttrycks sakna ekonomiska incitament för att förändra ett nuvarande insatspräglad synsätt till ett mer individpräglat. Således kan den nuvarande ekonomistyrningen sägas bidra till att upprätthålla den rådande bilden av den linjära, mekaniska vårdkedjan. Effekten riskerar bli ett friskrivande av ansvar och rättfärdigande för att inte överskrida det egna uppdragets gränser. Men priset för detta är som framgår av uppsatsen, högt. Frustration skapas hos både patienter/brukare, närstående och medarbetare och människor riskerar att inte få den behandling/stöd som krävs för att klara ett så självständigt liv som möjligt i samhället.

Det är spännande att spekulera i vad Lindbergs resonemang utifrån ANT (Lindberg, 2002) skulle kunna haft för konsekvenser om det tillämpats på den fallbeskrivning som presenterats i uppsatsen på sidan 32. Patienten som efter stroke och tidigare samsjuklighet stod inför utskrivning från sjukhus skulle enligt Lindberg (2002) kunna betraktas som ett gränsöverskridande objekt⁴ ("boundary object"). Efter att berörda aktörer identifierats (t ex sjukhus, vårdcentral, socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård) skulle de tillsammans kunna agera utifrån det gemensamma objektet, d.v.s. patienten. I samband med vårdplanering skulle en SIP (samordnad individuell plan) upprättas. I bakgrunden finns såväl lagstiftning som riktlinjer m.m. som ska uppfyllas. Men, de ingående parterna skulle ges utrymme för en översättning och anpassning till lokala förhållanden. På så vis skulle möjlighet ges för de olika professionerna att bidra med sin unika kompetens och etablerade strukturer skulle inte behöva uppleva sig hotade. Den enskilde patienten skulle inte riskera att fara illa så som i fallbeskrivningen, utan skulle tryggt kunna lita på att de olika aktörerna skulle ta ansvar enligt gemensam planering.

Arbetet skulle alltså utgå ifrån det gränsöverskridande objektet (patienten/brukaren) istället för att utgå ifrån ett organisations-/verksamhets- eller professionsperspektiv. Utifrån detta skulle aktörerna själva bidra till just denna patients vårdkedja. Ett sådant arbete skulle kunna generera aggregerad kunskap och lägga grunden för en strukturerad, integrerad samverkansmodell som i sin tur skulle kunna förpackas för spridning.

Det finns några faktorer som jag skulle vilja komplettera med i detta sammanhang. Den ena är patientens/brukarens roll som aktiv i sin egen återhämtning och som en självklar part i att tillsammans med professionen utveckla en samverkansmodell. Den andra är nödvändigheten av mandat och förankringen inom respektive linjeorganisation för att tillsammans utveckla ett nytt arbetssätt. Här krävs gemensamma överenskommelser på olika chefsnivåer. För att åstadkomma ett mer strukturerat samverkansarbete skulle huvudmännen behöva tillsätta facilitatorer, vilkas uppdrag vore att hålla samman arbetet och utgöra en länk mellan ledningen och praktikerna. Detta vore ett tillskott för utvecklingen av EBP – i samverkansarbete

⁴ Gränsöverskridande objekt är ett begrepp som Lindberg (2002) använder istället för det engelska uttrycket "boundary object" vilket introducerades av Star och Griesemer (1989). Det avser ett objekt som olika aktörer kan enas kring och utgå ifrån i sitt arbete. Istället för att utgå ifrån ett insatsfokus kan aktörerna samlas för att tillsammans skapa de insatser som den enskilde har behov av. På så sätt kan patienten/brukaren utgöra ett gränsöverskridande objekt.

Slutkapitel

Hur svårt kan det egentligen vara att få till en fungerande vård- och stödprocess där var och en förstår vad man ska göra? Denna uppsats har visat på frågans komplexitet och presenterat två olika vetenskapsteoretiska perspektiv vilka jämförts och analyserats.

Det handlar om det svenska samhällets utveckling under senare decennier vars styrning av den offentliga sektorns välfärdsorganisationer väsentligt förändrats. Det handlar om stora lednings- och ekonomisystem vilka skapar förutsättningar för de verksamheter som i praktiken ska erbjuda människor vård och omsorg. Huvudmännen styrs av olika lagar och regelverk vars verksamhetsområden har skilda mål, kunskapsgrund och ibland vitt skilda synsätt. De professionellas yrkesroller har dessutom olika status och legitimitet. Sist men inte minst så har synen på patientens inflytande förändrats. Så hur enkelt skulle det kunna vara?

Uppsatsens syfte har varit att skapa en djupare förståelse av vårdkedjan för människor med förvärvad hjärnskada under 65 år. Uppsatsens två ställda frågeställningar har resulterat i en presentation av kunskapsläget och gällande lagstiftning. De vetenskapsteoretiska begreppen översättning och diffusion, vilka inspirerade mig till att utforska problemet har jämförts och använts i analys av uppsatsens empiriska material.

Olika människors erfarenheter och föreställningar av vårdkedjan har sammanställts och analyserats. Utifrån empirin pekar uppsatsen på två olika föreställningar i form av: en officiell, rådande bild där vårdkedjan förväntas fungera utifrån de regelverk och centralt framtagna rutiner som finns. Men denna bild kolliderar med en annan föreställning. Anställda och patientorganisation beskriver en bild där insatserna inte alls överlappar och krockar i varandra. En bild av en icke fungerande vårdkedja där människor riskerar att råka illa ut och ”falla mellan stolarna” eller ner i ”det svarta hålet”. En verklighet där beslutade riktlinjer tycks stoppa upp på vägen och där vård- och stödinsatser inte koordineras tillsammans med den det berör. En verklighet som snarare tycks vara insatsstyrd än individstyrd.

Den vetenskapsteoretiska analysen har hjälpt till att tydliggöra ett motsatsförhållande i föreställningarna av vårdkedjan. Å ena sidan strävar aktörerna hårt för att upprätthålla metaforen av den mekaniska, linjära kedjan och tilltron till en mer ”automatisk” kedjeprocess. Å andra sidan framträder att detta är en föreställning och metafor som inte stämmer överens med verkligheten för de patienter/brukare som har en mer komplex problematik och är i behov av samordnade insatser. Jag ser detta som en angelägen kunskap att ha med i planerings- och implementeringsarbete.

Utifrån rådande välfärdssystemens strukturer så pekar analysen på nödvändigheten av att man organisatoriskt måste planera utifrån denna vetskap och därmed skapa faciliterande åtgärder som kan understödja en samordnad och sammanhållen vård- och omsorgsprocess. Detta istället för att fortsatt envist ha tilltro till en form av automatiskt spridning och implementering.

Initiativ kommer givetvis även i framtiden att ofta komma ”uppifrån” i form av olika policydokument som ska implementeras i linjeorganisationerna. Med vetskap om betydelsen varifrån initiativet kommer, visar analysen på vikten av att aktörerna involveras tidigt för att förpacka och skapa den lokala anpassningen och förankringen – så att översättning underlättas. Följande faktorer framstår som angelägna för välfungerande vård- och omsorgsprocesser:

- ✓ Öka medvetenheten om att kunskap behöver översättas och anpassas lokalt.
- ✓ Skapa faciliterande insatser i organisationerna, t ex genom gemensamt processtöd, utbildning.
- ✓ Utveckla integrerade samarbetsmodeller mellan huvudmännen med reellt brukarinflytande.
- ✓ Skapa överenskommelser på ledningsnivå mellan berörda organisationer/partner.

I en av intervjuerna lyftes behovet fram av att frigöra stödpersoner ur verksamheten i samband med införande och underhåll, för att på så sätt understödja den lokala kontextens förutsättningar och anpassningar. Detta kan betraktas som exempel på faciliterande åtgärd.

Uppsatsen vittnar om att de asymmetriska mötena i vårdkedjan mellan professioner med olika kunskapssyn och utbildningsbakgrund m.m. tillsammans med patient/brukare bidrar till svårigheter i kommunikation, tillit och samverkan. En utveckling av en gemensamt utformad samarbetsmodell som vård- och stödsamordning skulle kunna tänkas eliminera en del av dessa svårigheter genom att insatserna och processen hålls samman och drivs av en samordnande funktion tillsammans med patienten/brukaren och andra viktiga personer i nätverket.

Styrkan i samverkan ligger i att träna sig på att utnyttja varandras olikheter, det är inte meningen att alla ska bli så lika som möjligt. Gemensam kompetensutveckling mellan organisationerna framhålls av Forkby och Löfström (2010) som ett strategiskt verktyg i samverkansarbetet vilket också kan bidra till att utveckla ett sådant perspektivseende.

I uppsatsen har en presentation gjorts av välfärdssektorns framväxt och utmaningar samt vad som reglerar samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även om det inte alls är ett nytt fenomen så är det tydligt att kraven på samverkan mellan huvudmännen skärpts under senare år fram till att från år 2010 vara lagreglerat. Trots detta rapporteras återkommande om de stora brister som föreligger för personer med förvärvad hjärnskada med sämre hälsotillstånd, högre risk för suicid och bristande rehabilitering m.m. Samtidigt så medger de rådande ekonomiska ersättningssystemen inga direkta incitament för samverkan. En anställd inom Primärvården uttryckte: ”- att det fria vårdvalssystemet skapades för att främja konkurrens och *inte* samverkan”. I skenet av detta framträder paradoxerna tydligt.

Den forskning och andra kunskapskällor vilka uppsatsen relaterat till kan sägas vara samstämmig i att personer med måttlig/svår förvärvad hjärnskada är i behov av samordnade, samhällsbaserade och multidisciplinära interventioner från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är dock generellt svårt att finna studier med stark evidens för denna form av interventioner, i synnerhet gjorda i en svensk kontext. Vad gäller stödet för målgruppen är det dock inte enbart evidensstyrkan i det vetenskapliga stödet som räknas. Här finns många fler faktorer att väga samman.

Slutsatsen i detta resonemang stämmer väl överens med Socialstyrelsens ambition att öka den evidensbaserade praktiken (EBP) vilken innebär: systematisk användning av bästa tillgängliga kunskap vid beslut om insatser till enskilda personer. Besluten ska även fattas utifrån den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål (Socialstyrelsen, 2016, s.31). Ett viktigt verktyg är att utveckla arbetet med systematisk uppföljning.

I tider av stark resultat- och ekonomistyrning samt med en demografisk samhällsutveckling som visar att färre människor kommer att behöva försörja fler (Norén, 2015, s.15) är det inte förvånande att staten uppmanar till nytänkande kring hur vårdens och omsorgens utförare ska styras och ersättas.

Uppsatsen har lyft fram en del tecken som tyder på behov av och ett intresse för att utveckla nya organisations- och arbetsformer mellan aktörerna liksom nya ekonomiska styrformer. Det vore spännande att, till skillnad mot stuprörslagik se till utfall i hela vård- och omsorgsprocesser, vilka spänner över huvudmannagräns. Att dessutom initiera ett arbete tillsammans med huvudmännen och intresseorganisation för att skapa en individbaserad och insatsövergripande arbetsmodell, skulle kunna göra verklig skillnad för den målgrupp som uppsatsen fokuserat på. Det finns ett behov av fler studier och tvärvetenskaplig forskning som följer individens *hela* väg tillbaka till samhället och som beaktar både hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens och kanske fler aktörers insatser.

Denna uppsats hoppas kunna utgöra *ett* bidrag till en djupare förståelse av vårdkedjan för personer med förvärvad hjärnskada under 65 år. Inte minst önskar uppsatsen bidra med en förståelse för vikten av faciliterande organisatoriska åtgärder som underlättar smidiga övergångar och samordnade insatser för den enskilde patienten/brukaren och dennes närstående.

Referenslista

Amelung V. et al. (2014). Institute for Applied Health Services Research. Integrating health and social care – a global perspective of experience, best practices and the way forward. *IBM Cúram Research Institute Commission Paper*.

Andersson, Y. (2014). Ett liv som räddas ska också levas. (Internt material). Examinationsuppgift, termin II. Evidens i praktiken: Sammanställning av evidens i översikter och riktlinjer. Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori. Göteborgs Universitet.

Axelsson, R. (2013) Axelsson, S.B. (red). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Studentlitteratur.

Bohlin, I. (2010). Systematiska översikter, vetenskaplig kumulativitet och evidensbaserad pedagogik. *Pedagogisk Forskning i Sverige*. Årgång 15 nr 2/3.

Bohlin, I. Sager, M. (red) (2011). *Evidensens många ansikten*. Lund: Arkiv förlag.

Borg, R. (2011) Trends and challenges in the early rehabilitation of patients with traumatic brain injury. A Scandinavian perspective. *Am J Phys Med Rehabilitation*.

Callon, M (1986). *Some elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieux Bay* in Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge, edited by John Law. Routledge & Kegan, London.

Czarniawska, B. (2004). *En teori om organisering*. Studentlitteratur.

Dahlberg, K. Dahlberg, H. Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Studentlitteratur. Lund.

Danermark, B. Kullberg, C. (1999). *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform*. Studentlitteratur.

Ehrenfors, R. (2013). *Tidskriften Arbetsterapeuten*. (Nr 5).

Ekeland, TJ. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I Grimen, H & Terum, L-I (red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt förlag AS.

Eriksson, M. et.al. (2015). Poststroke suicide attempts and completed suicides - A socioeconomic and nationwide perspective. *American Academy of Neurology*.

Forkby, T. Löfström, C. (2010). Från snack till verkstad – förebyggande utvecklingsarbete med ungdomar. Ungdomsstyrelsens skrifter. C. Fritzes förlag.

Granskär, M. Höglund-Nielsen, B. (2012). Red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft. (2012).

http://www.hjarnkraft.se/sv/vart_arbete/kartlaggning_av_hjarnskaderehabilitering

Hälso- och sjukvårdsavtal mellan V. Götalandsregionen (VGR) och 49 kommuner i V. Götaland:
<http://www.vgregion.se/hosavtal>

Järhult, B. Secher, E. Akner, G. (2014). Vårdbaserad vård lika illa som NPM. *Läkartidningen*.

Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet, 2015-02-27 (SIP):

<http://www.samverkanstorget.se/sv/Kommun-och-sjukvard---samverkan-i-Goteborgsomradet/Overgripande-processer/Samordnad-individuell-plan-SIP/>

Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet. (2009). Kartläggning av vårdkedjan för personer med förvärvad hjärnskada:

<http://www.samverkanstorget.se/upload/Samverkanstorget%202014/Organisation/Temagrupper/Mitt%20i%20livet/Arbetsgrupper%20och%20m%c3%a5lgrupper/Personer%20med%20f%c3%b6rv%c3%a>

[4rvad%20hjc3%a4rnskada%20under%2065%20%c3%a5r/Kartl%c3%a4ggning-fl%c3%b6de_V%c3%a5rdkedjan%202009.pdf](#)

Kommun och sjukvård – samverkan i Göteborgsområdet. (2014). Rapport: Avvikelser i samverkan. <http://www.samverkanstorget.se/sv/Kommun-och-sjukvard---samverkan-i-Goteborgsomradet/Organisation/Temagrupper/Mitt-i-livet/Dokument-och-material/>

Latour, B. (1986/1998). ”Förbindelsens makt” i Artefaktens återkomst. Stockholm: Nerenius och Santérus förlag.

LFA – workshop ”Rehabilitering av personer med förvärvad hjärnskada” 2015-04-16: <http://www.samverkanstorget.se/sv/Kommun-och-sjukvard---samverkan-i-Goteborgsomradet/Organisation/Temagrupper/Mitt-i-livet/Arbetsgrupper/VINNOVA-ansokan-2015/>

Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft – om organisering mellan organisationer*. Bokförlaget BAS.

Lindberg, K. (2012). Chapter 4: Coordination care pathways. The patient as a boundary object, i (red) Lindberg, K. Styhre, A. Valter, L. *Assembling Health Care Organizations: Practice, Materiality and Institutions*. Houndmills/New York: Palgrave Macmillan.

Lindberg, K. Erlingsdottir, G. (2005). *Att studera översättningar: Nordiska organisationsstudier*. Fagbokforlaget.

Lindgren, L. (2014). *Nya utvärderingsmonstret – kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.

Löfström, M. (2001). *Samverkan mellan offentliga organisationer – att konstruera gränser*. Kommunal ekonomi och politik.

Malm, U. Nordén, T. Norlander, T. (2012). Resource group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*.

Mol, AM. (2006). Proving or Improving: on health care research as a form of self-reflection. *Qualitative Health research*.

Nordenström J. (2014). Värdebaserad vård – är vi så bra vi kan bli? Stockholm: *Karolinska institutet University Press*.

Norén, D. (2015). Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte. *Implement Consulting Group*.

Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: en introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. SKL Kommentus.

Patientlagen (2014:821). http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K6

Power, M. (1997). *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford University Press.

Regeringskansliet. (2008:23). FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. <http://www.regeringen.se/sb/d/10055/a/101918>

Regeringskansliet. (2015). SOU 2015:20. Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/254799>

Rosberg, S. (2013). Fenomenologi. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Rosengren, A. et.al. (2013). Twenty-four-years trend in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. *Stroke*. (44:2388-239).

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Psykos (2015). Integrerad psykiatri.
<https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Omr%C3%A5de%20Psykiatri%20Psykos/KCS/Publikationer/Integrerad%20Psykiatri%20sammanfattning%20av%20metoden%20slutreviderad%20141205.pdf>

Samordnad vårdplanering för sjuka äldre. Granskning i samverkan mellan revisorerna i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen. Dnr: Rev 42-2014 .

Samordnad vård- och omsorgsplanering Gemensam rutin i Västra Götaland samt IT stödet KLARA SVPL. Med tillägg av riktlinjer för Göteborgsområdet (f.d. LGS) m.fl.
<http://www.samverkanstorget.se/upload/Samverkanstorget%202014/Strydokument/SVPL/Regional%20till%20c3%a4mpning%20v%2010%202013-11-05%20redigerat.%20Riktlinjer%20f%20c3%b6r%20LGS%20redigerad%202014-10-01.pdf>

SBU. (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

SBU. (2015). Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke.
http://www.sbu.se/contentassets/3eb446a8565e4c24b26d132703af702f/rehabilitering_stroke_2015.pdf (2016-07-13).

SBU. (2016). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. <http://www.sbu.se/sv/om-sbu/vart-uppdrag> (2016-07-11).

Sjögren, E. et al. (2010) Hälsa per krona. *Leading Health Report nr 1*.

SKL - Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Överenskommelse 2015 inom området psykisk ohälsa. <http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/overenskommelsenpsykiskohalsa.234.html>

SKL:s yttrande över betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SOU 2015:20)
<http://skl.se/download/18.31490b4214de51173a51137b/1434458113351/SKL-15-1835-Trygg-och-effektiv-utskrivning-fran-sluten-varld.pdf>

SKL – Sveriges kommuner och landsting.(2016).
<http://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/evidensbaseradpraktiksocialtjanst/kunskapsstyrning-socialtjanst.5419.html>

Rehabilitering och habilitering inom öppenvård för vuxna personer i Västra Götaland, vägledning- Arbetsterapeuters och sjukgymnasters ansvar:
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/V%20c3%a4gledning%20Rehabilitering%20och%20Habilitering%20Slutlig.pdf>

Socialdepartementet (SOU 2015:20). Betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/97d6c1e6-69a9-44ff-b5fe-c58a959f79c4/2015-05-12%20Bilaga%20SOU%202015-20%20BAL.pdf?a=false&guest=true>

Socialdepartementet (SOU 2016:2). Effektiv vård – slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2016/01/sou-20162/dokument:>

Socialstyrelsen (2008). Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Artikelnummer: 2008-126-4.

Socialstyrelsen (2011-2-14). På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18248/2011-2-14.pdf>

Socialstyrelsen (2012). Rehabilitering för personer med traumatisk hjärnskada – Landstingens rehabiliteringsinsatser. Artikelnummer: 2012-12-27.

Socialstyrelsen (2015a). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015. Artikelnummer: 2015-2-51.

- Socialstyrelsen (2015b). <http://www.socialstyrelsen.se/vidensbaseradpraktik/metodguide> (2016-07-11).
- Socialstyrelsen (2016). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2016. Artikelnummer: 2016-02-20.
- Stenberg, M. et al. (2013). Severe traumatic brain injuries in northern Sweden: a prospective 2 year study. Umeå Universitet. *J Rehabil Med* 2013; 45: 792-800.
- Sveus (2015) (Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården). <http://www.sveus.se/vardebaserad-var/definition> (2016-07-11).
- Ullberg, T. et al. (2015). Changes in functional outcome over the first year after stroke. An observational study from the Swedish stroke register. *Stroke American Heart Association, Inc.*
- Von Sydow et. al (2015). BoNUS VO - Brukar- Och Närståendeportal för Uppföljning och Stöd i Vård och Omsorg. Slutrapport inom Vinnovas utlysning Tjänstelyftet.
- Västra Götalandsregionen (2009). Samhällskostnader för sjukdomen stroke – en hälsoekonomisk analys i Västra Götalandsregionen. <http://www.vgregion.se/upload/Gothia%20Forum/Rapport%20COI%20VGR.pdf>
- Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing Implementation: Exploring Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as culture*. (16:3).