

Hur kan gränssnittet mellan sjukhusvård och eftervård för strokepatienter effektiviseras?

En studie av strokeavdelningen på Södra Älvsborgs Sjukhus



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**HANDELSHÖGSKOLAN**

Författare;

Ludvig Dalemar, 870629  
Christopher Skogfeldt, 870228

Handledare, Christer Dagman

Magisteruppsats i företagsekonomi, Ekonomistyrning,  
Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet, Vårterminen 2010

Nog finns det mål och mening i vår färd  
men det är vägen, som är mödan värd

Karin Boye (1900-1941)

## Förord

Vi vill börja med att tacka Södra Älvsborgs Sjukhus för att de på ett så vänligt sätt tagit emot oss och öppnat sin organisation för vår uppsats. Ett speciellt tack vill vi rikta till processchefen Lise-Lott Risö Bergerlind som hittade ett uppdrag åt oss och lät oss ta del av den processen. I samma andetag vill vi tacka Maria Dalemar som gjorde att vi fick upp ögonen för organisationen.

Vi vill samtidigt tacka alla respondenterna som varit välvilligt inställda och även tagit sig tid till att förbereda sig inför våra besök vilket är något som vi verkligen uppskattat. Tack för att vi fick låna lite av er tid!

Stort tack till Hans-Olov Karlsson som under sommarens första dagar, i konkurrens med både Champions League final och hockey VM, ägnade flera timmar åt korrekturläsning.

Familjen Sundberg och deras bil som vi under några intensiva veckor kunde låna ska också ha ett stort tack då den möjliggjorde det för någon av oss att öva bilkörning medan någon annan kunde få sin välbehövlige vila. Halstabletter och nässpray är också viktiga ingredienser i denna uppsats framväxt, för inget är väl så roligt som en ordentlig vårförkylning?

Tack också till Christer Dagman som handlett den här uppsatsen, och under föreläsningar ökat vårt intresse för ämnet.

Slutligen vill vi tacka alla de nära och kära som under ett par veckor har stått ut med att få se och höra betydligt mindre från oss. Vi hoppas och tror att ni förstår. Utan er hade det aldrig gått!

Göteborg 24/5 2010

Ludvig Dalemar

Christopher Skogfeldt

## Sammanfattning

<b>Titel:</b>	HUR KAN GRÄNSSNITTET MELLAN SJUKHUSVÅRD OCH EFTERVÅRD FÖR STROKEPATIENTER EFFEKTIVISERAS? En studie av Södra Älvsborgs Sjukhus Strokeavdelning
<b>Författare:</b>	Christopher Skogfeldt 870228 Ludvig Dalemar 870629
<b>Handledare:</b>	Christer Dagman, Universitetsadjunkt, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet
<b>Nyckelord:</b>	Verksamhetsutveckling, effektiviseringar, processer, samverkan, offentlig sektor, sjukvård, Södra Älvsborgs Sjukhus, stroke, gränssnitt

**Bakgrund och problem:** Ökad effektivisering och ett sökande efter optimalt resursutnyttjande är ständigt aktuellt inom både näringsliv och offentlig sektor. Den pågående lågkonjunkturen har ytterligare accentuerat behovet och inom den offentliga sektorn ställs dessutom sjukvården inför en allt äldre befolkning med ökat vårdbehov som följd. Stroke är en av de största svenska folksjukdomarna och står även för de flesta vårddygnen vilket gör att det blir intressant att se på i ett effektiviseringsperspektiv.

Rehabilitering är ett av de dominerande inslagen inom strokevård och det mesta av rehabiliteringen sker idag i kommunerna vilket ställer krav på kompetens och samverkan mellan de olika huvudmännen inom vården. I det gränssnittet som uppstår mellan huvudmännen som är satta att lösa patientens samlade vårdbehov blir det således intressant att se på hur man kan effektivisera den processen för att öka patientnyttan och minska medelvårdtiden och därmed också kostnaderna.

**Syfte:** Studien syftar till att, utifrån de förutsättningar som finns i gränssnittet mellan sjukhusvård och eftervård av strokepatienter, söka finna en effektivisering av processen. Detta genom att skapa förutsättningar i vårdkedjan för att finna besparingar och effektivare resursutnyttjande inom den totala strokesjukvården, samtidigt som patienterna får en förbättrad eller likvärdig vård.

**Metod:** Studien är utförd med en kvalitativ ansats där fokus har legat på fallstudieorganisationen. Datainsamling har till stor del bestått av personliga intervjuer där vi ämnat skapa en så omfattande bild som möjligt av organisationen och dess förutsättningar för effektiviseringar. Som komplement har telefonintervjuer genomförts och data från rapporter inhämtats.

**Analys och slutsats:** Efter genomförda studier kan det noteras att införandet av hemrehabiliteringsteam är en av nycklarna för att besvara syftet. För oss förefaller det som att teamet borde vara sjukhuslett då det i och med det skapas en längre och sammanhållen vårdkedja där kunskap och kontinuitet kan säkerställas. Vid en genomtänkt organisation och finansiering verkar det inte heller behöva innebära några negativa konsekvenser för de inblandade aktörerna.

Det förefaller som att det också behövs en ökad interaktion och samarbete mellan huvudmännen involverade i sjukvårdsprocessen och vi tror att fysiska möten och workshops skulle skapa stor nytta.

Vidare har det framkommit att de anhöriga skulle vilja ha mer information kring patientens tillstånd. Vi menar att genom införandet av relevanta forum med ständiga uppdateringar borde både de anhöriga kunna tillgodogöra sig mer information och patienten få ökad möjlighet till rehabilitering då de anhöriga kan bli en del av den processen.

**Rekommendationer:** Utifrån de slutsatser vi dragit har vi funnit ett antal rekommendationer för att skapa en effektivare och mer patientfokuserad vård inom stroke på SÄS, Vi rekommenderar Södra Älvsborgs Sjukhus

Att skapa ett hemrehabiliteringsteam med bas och kunskap från sjukhuset och utvärdera dess effekter för möjlighet till permanent lösning.

Att undersöka möjligheterna till att finna en adekvat ersättningsmodell för rehabiliteringen som i framtiden kommer att ske i sjukvårdens regi.

Att utveckla relationerna och samverkan mellan huvudmännen genom en ökad fysisk interaktion.

Att möjliggöra inledande rehabiliteringen på strokeenheten redan på helgen genom att se till att rehabiliteringspersonal även arbetar då.

Att på ett mer omfattande sätt utbilda och informera de anhöriga samt

Att skapa ett forum där anhöriga dag för dag kan följa patientens medicinska tillstånd och rehabiliteringsbehov.

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Problemformulering.....	3
1.3	Syfte.....	4
1.4	Avgränsning.....	4
1.5	Definitioner.....	4
1.5.1	<i>Effektivitet, produktivitet och kvalitet</i> .....	4
1.6	Studiens fortsatta disposition.....	5
2	Metod.....	7
2.1	Forskningsansats.....	7
2.2	Val av studieobjekt.....	7
2.3	Studiens genomförande.....	8
2.4	Insamlande av data.....	8
2.4.1	<i>Publicerad data</i> .....	9
2.4.2	<i>Intervjuer</i> .....	9
2.5	Studiens trovärdighet.....	10
3	Hälso- och sjukvården i Sverige.....	12
3.1	Sjukvården i Sverige.....	12
3.2	Stroke.....	15
3.3	Strokeenhet.....	17
3.4	Hemrehabiliteringsteam.....	18
4	Referensram.....	19
4.1	Värde.....	19
4.2	TPS & Lean.....	19
4.3	Lean inom sjukvården.....	21
4.3.1	<i>Patienten som kund</i> .....	21
4.4	De tre M:en.....	22
4.4.1	<i>Mura ó Variationer</i> .....	22
4.4.2	<i>Muri ó Överbelastning</i> .....	22
4.4.3	<i>Muda - Slöseri</i> .....	23
4.5	Processteori.....	24
4.5.1	<i>Identifiering av process - processkartläggning</i> .....	26
4.6	Värdekedjan.....	26
4.7	Teamarbete.....	28
4.8	Interorganisatorisk samverkan.....	28
4.8.1	<i>Styrning inom samverkan</i> .....	28
4.8.2	<i>Social styrning</i> .....	29

4.8.3	<i>Handlingsstyrning</i> .....	30
4.8.4	<i>Resultatstyrning</i> .....	30
5	Södra Älvsborgs Sjukhus och Strokekliniken .....	31
5.1	Västra Götalandsregionen.....	31
5.2	Södra Älvsborgs Sjukhus.....	31
5.3	Sjukhuset och kommunerna.....	33
5.3.1	<i>Borås Stad och kommundelarna</i> .....	33
5.4	Strokeenheten .....	33
5.4.1	<i>Diskussion</i> .....	34
5.5	Medelvårdtid.....	36
5.5.1	<i>Diskussion</i> .....	36
5.6	Utskrivning.....	36
5.6.1	<i>Diskussion</i> .....	37
5.7	Relation .....	38
5.8	Anhöriga.....	38
5.8.1	<i>Diskussion</i> .....	39
5.9	Utveckling .....	39
5.9.1	<i>Återbesök</i> .....	39
5.9.2	<i>Hemrehabiliteringsteam</i> .....	39
5.9.3	<i>Diskussion</i> .....	39
6	Omvärldsobservationer .....	41
6.1	Inledning.....	41
6.2	Danderyd .....	41
6.2.1	<i>Strokeenhet</i> .....	41
6.2.2	<i>Medelvårdtid</i> .....	42
6.2.3	<i>Hemrehabiliteringsteam</i> .....	43
6.2.4	<i>Relation</i> .....	44
6.2.5	<i>Anhöriga</i> .....	44
6.3	Kungälv's sjukhus .....	44
6.3.1	<i>Strokeenhet</i> .....	44
6.3.2	<i>Medelvårdtid</i> .....	44
6.3.3	<i>Utskrivning</i> .....	45
6.3.4	<i>Relationer</i> .....	45
6.3.5	<i>Utveckling</i> .....	45
6.3.6	<i>Hemrehabiliteringsteam</i> .....	46
6.3.7	<i>Samverkan vid Kungälv's sjukhus</i> .....	46
6.3.8	<i>Relationer</i> .....	46
6.4	Samrehab - Skene.....	47
6.4.1	<i>Arbetsätt</i> .....	47
6.4.2	<i>Stroke</i> .....	48

6.4.3	<i>Medelvårttid</i> .....	48
6.4.4	<i>Utskrivning</i> .....	49
6.4.5	<i>Hemrehabiliteringsteam</i> .....	49
6.4.6	<i>Anhöriga</i> .....	49
6.4.7	<i>Utveckling</i> .....	50
6.5	Umeå .....	50
6.6	Sammanfattande bild .....	52
7	Analys .....	53
7.1	Inledning .....	53
7.2	Den första rehabiliteringen på strokeenhet .....	53
7.3	Utskrivning .....	54
7.4	Medelvårddtid .....	56
7.5	Relation .....	57
7.6	Anhöriga .....	59
7.7	Hemrehabilitering .....	60
8	Slutsats och rekommendationer .....	62
8.1	Möjligheter till effektiviseringsvinster inom strokevården .....	62
8.2	Potentiella ekonomiska vinster .....	64
8.3	Andra intressanta aspekter inom strokevården .....	66
8.4	Rekommendationer .....	67
9	Tillämpbarhet och framtida studier .....	68
9.1	Studiens tillämpbarhet på andra organisationer .....	68
9.2	Förslag till fortsatta studier .....	68
	Referenslista .....	69



## Figurförteckning

Figur 1. Svenska sjukvårdens organisation och uppbyggnad .....	14
Figur 2. Grunderna inom TPS .....	20
Figur 3. Schematisk bild över arbetsgången inom lean .....	21
Figur 4. Schematisk bild av en processorganisation inom vården .....	25
Figur 5. Beskrivning av huvud- och delprocesser .....	26
Figur 6. Värdekedja för behandling av bröstcancer .....	27
Figur 7. Västra Götalandsregionen uppdelad på de olika sjukhusområdena.....	31
Figur 8. Södra Älvsborgs sjukhus upptagningsområde .....	31
Figur 9. Södra Älvsborgs sjukhus organisation .....	32
Figur 10. Processkarta och strokeprocessen .....	35
Figur 11. Organisation för strokevården på Umeå sjukhus .....	50
Figur 12. Processkarta för rehabilitering av strokepatienter vid Umeå sjukhus .....	51
Figur 13. Processkarta över Södra Älvsborgs sjukhus rehabiliteringsprocesser .....	54

## Diagramförteckning

Diagram 1. Svenska sjukvårdens andel av BNP .....	12
Diagram 2. Fördelning av landstingens kostnader 2008.....	14
Diagram 3. Fördelning av landstingens intäkter 2008.....	14
Diagram 4. Fördelning av kommunens kostnader 2008.....	15
Diagram 5. Fördelning av kommunens intäkter 2008.....	15
Diagram 6. Andel av strokepatienter som vårdas på strokeenhet .....	17
Diagram 7. Utskrivningssätt för strokepatienter .....	42

## Tabellförteckning

Tabell 1. Förteckning över respondenter.....	10
Tabell 2. Slöseri och typer av dem inom sjukvården .....	24
Tabell 3. Jämförelse mellan de olika sjukhusen.....	52

## Bilagor

Bilaga 1. Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

# 1 Inledning

Kapitlet ämnar ge läsaren en god insikt i den problematik som studien tar sin utgångspunkt i. Läsaren kan även läsa kring vad syftet med studien är och vilka avgränsningar som gjorts. Avslutningsvis presenteras en förteckning över de kommande kapitlen så att läsaren kan välja att tillgodogöra sig de delar som denna finner intressanta.

## 1.1 Bakgrund

Ökad effektivisering och sökandet efter optimalt resursutnyttjande är något som ständigt är aktuellt inom i stort sett hela den globala ekonomin där allt färre resurser ska räcka till allt fler. Detta är en utveckling som pågått under en längre tid men som nu aktualiserats ytterligare då stora delar av de globala ekonomierna varit hårt ansatta av konjunkturedgångar (Global Konjunktur- och strukturrappport, 2010). Såväl det privata näringslivet som den offentliga sektorn har drabbats (Regeringens proposition 2008/09:1) och står inför fortsatta och ständiga utmaningar att förändra och effektivisera sina verksamheter (Ljungberg & Larsson, 2001). Inom näringslivet har företagen fått uppleva en allt hårdare konkurrens där konkurrenter erbjuder nya och förbättrade produkter på en marknad där den totala efterfrågan har minskat. Inom den offentliga sektorn minskar däremot inte efterfrågan utan samhällets behov av service ökar snarare på grund av medborgarnas ökade krav och en förändrad åldersstruktur (Norbäck & Targama, 2009).

Hälso- och sjukvården utgör en av de största utgiftsposterna inom den offentliga sektorn och den är även en central del i det svenska välfärdssamhället. Dess andel av BNP är cirka 9 procent i Sverige vilket placerar Sverige på ett genomsnitt bland EU's 15 ursprungliga medlemsländer<sup>1</sup>. (SoS Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: 50-51). Som en konsekvens av den sviktande konjunkturen drabbas inte sjukvården av minskade orderböcker, som är fallet i näringslivet, utan av minskade skatteintäkter och krympande budgetar som föranleder behov av effektiviseringar. Den situationen ställer ökade krav på vårdgivarna att finna lösningar för att fortsatt kunna leverera den vård som efterfrågas av samhället. Traditionellt sett har sjukvården fokuserat på att skära i kostnader och inte på produktivitetsökningar vilket dels har skapat en situation där anställda blivit negativt inställda till förändring då det ofta inneburit nedskärningar och dels har sjukvården haft en sämre produktivitetsökning än andra verksamheter inom tjänstebranschen. (Nutek, R 2007:13).

I Sverige har ytterligare fokusering på ökad tillgänglighet skapats genom den nationella vårdgarantin<sup>2</sup>, där ekonomiska belöningar och incitament kommit till för att klarar av att uppfylla de riktlinjer och mål som satts upp nationellt. (Dnr 08/4549. Sveriges Kommuner och Landsting) Ett ökat patientinflytande genom vårdvalet ställer högre krav på vården

---

<sup>1</sup> Finland, Sverige, Österrike, Belgien, Danmark, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien och Tyskland.

<sup>2</sup> Från och med den 1 november 2005 gäller en utvidgad Vårdgaranti, som innebär att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom 3 månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården.

(Regeringens proposition, 2008/09:74) och det har aktualiserat debatten kring hur vårdgivare kan ge rätt och adekvat vård i tid.

Sjukvården har utstått en mängd förändringar i sin tillvaro, såväl i makro- som mikroperspektiv. Under de ekonomiskt svåra åren under 1990-talet observerades en snabb medicinsk utveckling vilket möjliggjorde nödvändiga strukturförändringar för att tillhandahålla service på ett oförändrat sätt. Sjukvården lyckades, mycket på grund av en minskad medelvårdtid, med att tillgodose ett ökat vårdbehov hos en allt äldre befolkning med färre antal anställda. Fokus inom vården kring förändringar tar idag framförallt sin utgångspunkt i att utveckla vårdens system och processer. Det har blivit ett naturligt inslag där vissa landsting har kommit längre än andra. (Utveckling i svensk hälso- och sjukvård, SKL 2009; Ljungberg & Larsson, 2001). Att klara av de ökade vårdkraven gör att sjukvården behöver se över andra möjligheter än kostnadsbesparingar för att effektivisera sin verksamhet.

Inom det privata näringslivet har processer och ett processororienterat synsätt varit ett framgångsrikt sätt för att nå effektiviseringar av och förbättringar i verksamheten. En förklaring till att sjukvården varit skeptisk till den utvecklingen är att verksamheterna skiljer sig så mycket åt då sjukvården varit tydlig med att de vårdar människor och inte tillverkar produkter. (Papadopoulos, 2008 genom Jacobsson, 2010)

Att utveckla en verksamhet genom processer och processororienterat synsätt har enligt Ljungberg och Larsson (2001) visat sig vara en framkomlig, lovande och kanske också nödvändig väg för att nå resultat. Författarna menar att det är svårt att på ett framgångsrikt sätt kunna klara av dagens och framtidens krav på kostnadsreduktion, ledtidförkortning, kundanpassning, flexibilitet, effektivitet och transparens utan processororientering. Inom sjukvården kan ett processtänkande leda till allt från förbättrad vård för patienterna till en lägre resursåtgång. (Ljungberg & Larsson, 2001). Drivkraften bakom att se till processerna bottnar i att klara av en ökad effektivitet av verksamheten samtidigt som resurserna är begränsade (Radnor & Walley, 2008). Jones (2006) belyser också att sjukvården är den sektor som står inför betydande förändringar inom process- och leantänk.

Inom sjukvården finns det områden som är mer eller mindre resurskrävande i sin omfattning. Det finns ett tydligt samband mellan kostnader för vården och medelvårdtid vilket då kan användas som en parameter för att bedöma vilka sjukdomstillstånd som tar mest resurser i anspråk och därmed ur ett samhällsekonomiskt perspektiv blir mer intressanta att studera. (Patientrelaterade kostnader i slutenvård 2008, 2009). Det sjukdomstillstånd som idag kräver flest vård dygn är strokevården. ([www.riks-stroke.org](http://www.riks-stroke.org))

Stroke är en av de stora svenska folksjukdomarna, som årligen drabbar cirka 30 000 svenskar och står för de flesta vårddagarna inom somatisk sjukvård till en kostnad av cirka 14 miljarder kronor. Innan ädelreformen<sup>3</sup> genomfördes i början på 90-talet svarade strokesjuka för drygt tre miljoner vårddagar på sjukhusen, en siffra som idag är nere på cirka 400 000 där kommunen istället har tagit över större delen av vården. (Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet; www.riks-stroke.org; Process- och utvecklingsorienterad uppföljning, 2007)

En konsekvens av sjukdomsförloppet för stroke, efter det akuta insjuknandet, är rehabilitering. Rehabiliteringen sker i största utsträckning i kommunerna varför de också bär den största kostnaden för den totala strokevården. (Regionalt vård- och strokeprogram, VGR 2007). Det ställer också krav på att personalen har hög kompetens och att samverkan mellan de olika aktörerna landsting och kommun fungerar väl. Dagens ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner är otydlig och det föreligger en risk för konflikter mellan huvudmännen, vilket är något som kan medföra att patienten inte får den vård eller omsorg som den behöver (Strokesjukvården i ett patientsäkerhetsperspektiv, 2009). Ett väl fungerande samarbete är en viktig förutsättning för att kunna tillgodose patientens behov (Prop. 2005/06:115). Socialstyrelsen (2009) konstaterar också "att samverkan i vårdprocessen mellan slutenvården, kommunen och primärvården skulle kunna förbättras för att patienterna ska få en så god och säker vård som möjligt."

## 1.2 Problemformulering

I gränssnittet mellan de olika huvudmännen kan potentiella problem uppstå. Detta då det finns skillnader i uppdrag, de har olika budgetar, och kunskap kan variera. Det blir centralt att undvika en situation där patienten hamnar mellan huvudmännens stolar, framförallt ur ett patientperspektiv men också för att det totalt sett kostar pengar om patientens tillfrisknande blir fördröjt.

Regional verksamhet, i form av sjukvård, avviker från det kommersiella näringslivet, där syftet är maximal avkastning, då den även måste ta hänsyn till den för allmänheten samhällseliga nyttan. Ett ekonomiskt avkastningsmål är således inte det främsta målet för verksamheten vilket leder till att det är centralt att väga in även den samhällseliga aspekten. Inom vården är det främst patienters välmående och goda vård som prioriteras varför alla eventuella förändringar måste kunna motiveras med att det också blir minst lika bra för patienterna. Förhoppningen inom förändringsarbete är att kunna spara pengar och samtidigt minimera den totala medelvårdtiden vilket kan komma att innebära att än fler kan få ännu bättre vård och vård i tid. Det gynnar inte bara patienter, medarbetare, sjukhus, utan även samhället i stort (Edvardsson et al, 1998).

---

<sup>3</sup> Ädelreformen som genomfördes den 1 januari 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade. I samband härmed infördes i socialtjänstlagen en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för människor med behov av särskilt stöd. (Motion 1998/99:So436 Ädelreformen)

Fokuseringar på effektiviseringar inom vården är inget nytt fenomen och både forskare och konsulter har sett närmare på vården, den komplexitet, men också de möjligheter som finns kring förbättringar inom verksamheten. Studier inom strokevården är dock mer begränsade och även områden kring hur organiseringen inom gränssnittet och relationerna mellan olika huvudmän kan struktureras för att tjäna patienten största nytta. Inom just gränssnittet finns det behov av att finna lösningar som passar den unika verksamhet optimalt. Regionala, geografiska och demografiska förutsättningar är faktorer som alla spelar in och måste tas i beaktande när studier skall genomföras för att passa in på den studerade organisationen.

### **1.3 Syfte**

Studien syftar till att, utifrån de förutsättningar som finns i gränssnittet mellan sjukhusvård och eftervård av strokepatienter, söka finna en effektivisering av processen. Detta genom att skapa förutsättningar i vårdkedjan för att finna besparingar och effektivare resursutnyttjande inom den totala strokesjukvården, samtidigt som patienterna får en förbättrad eller likvärdig vård.

Vår förhoppning är vidare att studien skall kunna användas som utgångspunkt för andra landsting och vårdinrättningar inom strokesjukvården som önskar genomföra effektiviseringsåtgärder.

### **1.4 Avgränsning**

I gränssnittet mellan landstingens sjukhusvård och kommunal vård- och omsorg har vi valt att bortse från primärvårdens roll och inte heller gått vidare i vårdkedjan för att se på till exempel kommunal hemtjänst.

Vi har även valt att bortse från problematiken kring multisjuka äldre och hur vården på bästa möjliga sätt skulle kunna anpassas för dem.

Då flera huvudmän är involverade i den process vi studerar står de också för olika delar av finansieringen inom processen. Vi har valt att fokusera på frigörandet av resurser och ökat patientvärde i hela vårdkedjan och därmed inte valt att se till allena en parts vinster.

### **1.5 Definitioner**

För att uppnå en gemensam bild mellan författare, uppdragsgivare och läsare anser vi att det finns några uttryck som bör definieras och förtydligas för att skapa en samlad bild kring begreppen.

#### **1.5.1 Effektivitet, produktivitet och kvalitet**

Begreppen effektivitet, produktivitet och kvalitet används ofta av såväl media och allmänhet som inom forskning och teoribildning. Begreppen kan inrymma olika definitioner och syften varför vi finner det intressant att precisera hur vi ämnar definiera begreppen. Definitionerna kommer ta sin utgångspunkt i den verksamhet vi studerar – sjukvården i allmänhet och strokevården i synnerhet.

I den grundläggande ekonomistyrningsteorin definierar man effektivitet som "grad av måluppfyllelse" (Ax et al. 2005) Begreppet grundar sig alltså i vilken utsträckning som ett företag eller organisation lyckas uppnå sina mål och således kan anses effektiva.

Produktivitet ses ofta som värdet av hur effektivt man lyckas förädla input till output. För att exemplifiera det kan det ses som de resurser som avsätts för produktionen av en viss vara i förhållande till det värde som den varan sedan inbringar till verksamheten (Ax et al. 2005). För att förbättra produktiviteten kan man antingen öka värdet på outputen utan att för den skull öka inputen, minska inputen utan att för den skull minska värdet av outputen eller en kombination av de båda. Inom hälso- och sjukvården saknas bra mått på produktivitet och effektivitet. Ett av problemen kring att mäta dessa inom sjukvården är att outputen inte omsätts på den fria marknaden och inte i första hand har finansiella mål att förhålla sig till. (Nutek, R 2007:13; Ax et al, 2005) Den stora frågan blir då hur outputen kan värdesättas.

Vi har valt att definiera god kvalitet, och i och med det effektivitet, inom vården utefter de parametrar som Västra Götalandsregionen sammanfattar med ordet *God Vård*. Parametrarna är (a) Säker Vård, (b) Patientfokuserad Vård, (c) Kunskapsbaserad Vård, (d) Jämlig Vård, (e) Vård i rimlig tid och (f) Effektiv Vård. God hälsa kan dessutom mätas i vunna levnadsår, förbättrad funktionsförmåga och livskvalité. (Ägaruppdrag för strokesjukvården 2010-2012) Vi anser att dessa mått lämpar sig väl för att definiera kvalitet i vården utifrån vår uppsats ansats. Detta då målen i mångt och mycket är samstämmiga med WHO Europas (2003) definitioner av vad som kan anses vara kvalitetsmål inom sjukvården. Det går dessutom att läsa i hälso- och sjukvårdslagen vad vården faktiskt skall leverera.

2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
  2. vara lätt tillgänglig,
  3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
  4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
  5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.
- (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763)

## 1.6 Studiens fortsatta disposition

### Kapitel 2 - Metod

Kapitlet presenterar den valda forskningsansatsen för uppsatsen. Vidare fördjupar sig kapitlet på att presentera för läsaren hur studien har tillkommit, från datainsamling till intervjuer. Avslutningsvis förs en diskussion kring studiens trovärdighet.

### **Kapitel 3 - Hälso- och sjukvården i Sverige**

I kapitlet ges läsaren en möjlighet att förstå den svenska sjukvårdens uppbyggnad, vilka huvudmännen är och vari deras ansvar ligger samt hur finansieringen ser ut. Läsaren kan i detta kapitel också skapa sig en grundläggande bild av sjukdomsförloppet stroke samt vad en strokeenhet är och vilket värde den tillför inom sjukvården.

### **Kapitel 4- Referensram**

Referensramen har för avsikt att få läsaren att förstå grunderna inom process och lean teori och också dess möjlighet att tillämpas inom sjukvården. Kapitlet berör också teorier kring teamarbete och hur samarbete kan fungera mellan två olika parter.

### **Kapitel 5 - Södra Älvsborgs Sjukhus och Strokekliniken**

Kapitlet behandlar vår fallstudieorganisation Södra Älvsborgs Sjukhus och framför allt dess arbete inom strokesjukvården. Kapitlet är uppbyggt med en kort inledning över dels Västra Götalands Regionen och Södra Älvsborgs Sjukhus. Efter introduktionen kommer kapitlet beröra den aktuella situationen inom strokesjukvården och framförallt de delar som rör eftervård och rehabilitering. Kapitlet presenterar såväl mer konkret fakta som diskussioner från respondenterna kring både nutid och framtid. Kapitlet är huvudsakligen uppbyggt kring de intervjuer som hållits med företrädare för de olika delarna i vårdprocessen. I kapitlet kommer även en processkarta att presenteras för att ge läsaren en utökad förståelse för förloppet när en patient får strokevård på sjukhuset.

### **Kapitel 6 - Omvärldsobservationer**

I detta kapitel kan läsaren tillgodogöra sig information kring andra vårdinrättningar i Sverige och hur de har arbetat med gränssnittet inom strokesjukvården. Kapitlet behandlar fyra olika enheter som alla har valt att organisera sig på olika vis för att uppnå en god vård. Kapitlet har för avsikt att belysa uppsatsens frågeställning ifrån andra perspektiv och ge läsaren en bild av att det finns många olika alternativ för hur vården kan erbjudas patienterna.

### **Kapitel 7 - Analys**

Kapitlet ämnar analysera och diskutera kring fallstudieorganisationen. Kapitlet är uppbyggt utifrån den empiriska insamlingen och går således på ett systematiskt sätt igenom de identifierade del processerna inom processen för vård i gränssnittet mellan de två huvudmännen.

### **Kapitel 8 - Slutsatser och rekommendationer**

Kapitlet behandlar de slutsatser och rekommendationer som dragits mot bakgrund av den analysen som tidigare presenterats.

### **Kapitel 9 - Tillämpbarhet och framtida studier**

I det här kapitlet kan läsaren tillgodogöra sig författarnas syn på möjligheten att nyttja studien på annan vårdinrättning. Diskussion förs också kring framtida studier inom området.

## 2 Metod

Kapitlet presenterar den valda forskningsansatsen för uppsatsen. Vidare fördjupar sig kapitlet på att presentera för läsaren hur studien har tillkommit, från datainsamling till intervjuer. Avslutningsvis förs en diskussion kring studiens trovärdighet.

### 2.1 Forskningsansats

Utifrån uppsatsens syfte, att finna möjligheter till effektiviseringsvinster inom studieobjektets verksamhet, har vi valt att genomföra en kvalitativ studie. Detta då den fyller det för uppsatsen formulerade syftet väl då det ger en möjlighet att se på ett specifikt fall och undersöka aktuella händelser inom den givna teoretiska referensramen (Merriam, 1988). Om man önskar tolka och förstå den data som insamlats lämpar sig den kvalitativa ansatsen väl (Jacobsen, 2002). För att fylla syftet behöver vi studera det valda ämnet grundligt för att kunna förstå hur processen idag ser ut och hur denna skulle kunna komma att effektiviseras. Då vår studie tar sin utgångspunkt från studieobjektets verksamhet har en fallstudie använts då den skapar möjlighet att studera ett fall och att på djupet tolka den data som insamlas. Fallstudien ämnar ge en djupgående förståelse för det specifika fallet och dess agerande vilket sedan kan omsättas till nya kunskaper inom området (Jacobsen, 2002). Fallstudien har även en styrka i att den kan möjliggöra hanteringen av olika empiriska data, vilket lämpar sig väl för genomförandet av uppsatsen. Vår fallstudie är heuristisk, vilket syftar till att öka läsarens förståelse och insikt över det område vi studerar och ger möjlighet att få ökad kunskap eller validera något som läsaren redan ansåg sig veta. (Merriam, 1988)

En kvalitativ fallstudie som vår uppsats ämnar vara används vanligen för att antingen skapa ny teoribildning på området eller för att testa, klargöra, utvidga eller finslipa teorier (Merriam, 1988).

Med utgångspunkt i ovanstående tycker vi att den kvalitativa ansatsen, med fallstudie av heuristisk art, är det bäst passande metodvalet för vår studie. Detta då den kan skapa en bättre förståelse för liknande fall (Lindblad, 1998).

### 2.2 Val av studieobjekt

För att kunna dra generella slutsatser från studien och studieobjektet förutsätter det att studieobjektet svarar väl emot studiens syfte (Tellis, 1997). För att kunna beröra kärnan och få en god beskrivning av den verklighet vi valt att studera har vi medvetet fokuserat på en organisations frågeställningar då vi anser att det ger oss möjlighet att på ett mycket mer systematiskt sätt gå på djupet i ämnet snarare än om studieobjekten hade varit två eller tre till antalet. Kompletterande bilder ifrån ett antal likande verksamheter har inhämtats för att erhålla en bredare bild av verkligheten. Valet av studieobjekt föll på Södra Älvsborgs Sjukhus och dess strokeavdelning vilket grundar sig i ett antal olika faktorer. De faktorer som togs i beaktande var följande:



- Södra Älvsborgs Sjukhus ligger i framkant vad gäller förändringsarbete inom främst processer vilket gör att verksamheten är mottaglig för nya lösningar och processtänkande.
- Socialstyrelsen har tagit fram nya riktlinjer för strokesjukvården varför det blir extra intressant att se över dess processer.
- Södra Älvsborgs Sjukhus har inte kommit igång med processarbetet inom stroke eller genomfört några förändringar inom gränssnittet. Detta ger möjlighet till nytänkande och öppenhet inom organisationen.

### 2.3 Studiens genomförande

För att genomföra studien och uppnå det syfte vi satt för uppsatsen har vi valt att bemöta problemet ifrån flera håll. Som ett led i att på djupet förstå den verksamheten och de processer vi valt att studera hade vi en inledande kontakt med sjukhusledningen på Södra Älvsborgs Sjukhus för att definiera ett problem och för att skapa en grundläggande bild av verksamheten. I inledningsfasen träffade vi Lennart Ryler, administrativ chef, och senare träffade vi också Lise-Lott Risö Bergerlind, processchef.

Då problemområdet var identifierat valde vi att fundera kring metodval och hur vi ville lägga upp studien och insamlandet av data. Då vår erfarenhet från sjukvården i allmänhet och strokesjukvården i synnerhet var begränsad fick vår uppsats ta sin utgångspunkt i att tillgodogöra oss information och fakta kring området så att vi förstod komplexiteten och utmaningar som fanns inom verksamheten.

Insamlandet och studier av adekvat teori för referensram initierades sedan samtidigt som grundläggande kunskap om fallföretaget inhämtades. När arbetet med uppsatsen fortlöpt påbörjade vi insamlandet av mer empiriskt material. Under författandets gång har vi varit i kontakt med processteamet kring vårt valda område och kunnat intervjua flera medarbetare på såväl sjukhuset som kommunerna. Vi har deltagit under en heldag med processteamet<sup>4</sup> för att få en god inblick i såväl själva sjukdomsförloppet, de olika professionerna som att ytterligare förstå problemen och möjligheterna inom strokeprocessen.

Vi har även studerat, inhämtat rapporter och hållit intervjuer, med representanter för andra vårdinrättningar i Sverige för att få ett bredare perspektiv på ämnet och dessutom finna alternativa lösningar.

### 2.4 Insamlande av data

Insamlandet av olika data för rapportens framställande har baserat sig på dels sekundärdata så som publicerade information och dels primärdata via intervjuer och verksamhetsbesök.

---

<sup>4</sup> Processteamet är ett multiprofessionellt team med representanter från flera olika delar av processen kring stroke. Några av de professioner som ingår i processteamet är; ST-läkare akutmottagningen, Neuroläkare, sekreterare, undersköterska, sjuksköterska, logoped, dietist, sjukgymnast, arbetsterapeut, ambulansförare, röntgensköterska, kurator med flera.

### 2.4.1 Publicerad data

Då sjukvården är en offentlig angelägenhet finns en rad underlag som vi kunnat använda oss av vid författandet av denna rapport.

Rapporter och dokument från studieobjekten har varit en viktig del vid insamlandet av olika data. Även nationella kvalitetsregister inom strokevården har använts som en del i informationsinsamlandet samt olika myndigheter och organisationer. Däribland kan nämnas socialstyrelsen, WHO, Sveriges Kommuner & Landsting, OECD med flera.

### 2.4.2 Intervjuer

Intervju är en vanlig metod för att insamla kunskap vid genomförandet av en kvalitativ studie. (Merriam, 1988) En viktig del för att kunna uppfylla uppsatsens syfte är att tillgodogöra oss information dels kring verksamhetens art men också de uppfattningar som finns kring gällande situation. Att använda intervjuer som en viktig del av informationsinsamlingen förespråkas om den ger mer, bättre och mindre kostsam information än alternativa informationskällor. Vi anser att intervjuerna framförallt ger oss en utökad möjlighet att förstå komplexiteten inom vården samt en närmare beskrivning av såväl nutid som framtid. Att kunna komplettera den övriga informationsinhämtningen med intervjuer, triangulering ger studien och de analyser vi drar högre validitet (Merriam, 1988).

De intervjuer vi hållit har varit av semistrukturerad art. Denna typ av intervju skapar möjligheter för den som utför intervjun att följa respondentens olika svar under intervjun för att tillgodogöra sig den kunskap, information och bild som respondenten besitter. (Merriam, 1988) Anledningen till att vi hållit just semistrukturerade intervjuer är att vi velat skapa en viss jämförbarhet mellan de olika respondenterna samtidigt som flera av dem har haft olika roller inom verksamheten varför frågor och intervjuer har behövts förändras mellan respondenterna och under själva intervjun. Med hjälp av en intervjumall har vi sett till att intervjun täckt in de områden vi velat studera närmare och under intervjuerna har vi med jämna mellanrum sammanfattat vad som dithills sagt för att kunna försäkra oss om att vår tolkning varit korrekt (Krag Jacobsen, 1993).

Intervjuerna har företrädesvis varit fysiska möten mellan respondenten och författarna. I några fall har dessutom intervjuer på telefon hållits för att skapa en kompletterande bild. Registreringen av intervjuerna har skett genom antecknande under själva intervjun med revidering och översyn efter intervjun. Merriam (1988) framför viss kritik kring att direkt under intervjun anteckna vad som sägs då man kan komma att missa delar i intervjun. Vi anser dock ändå att metoden har fungerat väl då vi under samtliga intervjuer varit två personer där den enas uppgift allena har varit att dokumentera intervjun medan den andra har genomfört intervjun. Genom detta undviker vi att någon respondent upplever ett obehag att spelas in och genom det, medvetet eller omedvetet, förvrider sina svar samt att det sparar in tid i arbetsprocessen då vi ej behöver transkribera varje intervju.

#### 2.4.2.1 Urval av respondenter

Vi har samtalat med flera personer som alla har olika kopplingar till strokevården. Då vårdkedjan består av olika huvudmän, ett antal olika professioner och av såväl administrativ som operativ personal har spektrat av de intervjuade varit brett.

Förhoppningen med urvalet har varit att få en så bred bild och förståelse för ämnet som möjligt för att därifrån kunna dra adekvata analyser och slutsatser från det insamlade materialet.

Då vi dels studerat vår fallstudieorganisation och dels gjort observationer i dess omgivning har vi genomfört intervjuer med representanter från de några av de olika verksamheterna. Personerna vi mött har haft varierande bakgrund, såväl klinisk som administrativ personal. Det som avgjort vilka vi valt att intervjua har baserat sig på vilka som varit insatta i ämnet och engagerade för frågorna, samt kunnat erbjuda en bredare bild av verksamheterna.

Vi upplever att de respondenter vi har mött har erbjudit en bred bild av strokevården. Då vi mött relativt många respondenter, alla med olika ingångsvärden, har vi kunnat finna och utläsa när åsikter, tankar och ambitioner stödjer respektive kontrasterar varandra. Tillsammans med övrig insamlad data anser vi att underlaget har gett oss tillfredställande material att behandla och analysera.

Nedan följer en förteckning över de respondenter som deltagit i studien.

<i>Respondent</i>	<i>Titel</i>	<i>Datum</i>
Bringestedt, Carin	Verksamhetschef, Skene Samrehab	2010-05-06
Bruno, Hedvig	Sektionsledare, Danderyds Sjukhus	2010-05-03
Risö Bergerlind, Lise-Lott	Processchef, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-04-08
Du Rietz, Carl-Henrik	Överläkare, Kungälv Sjukhus	2010-05-04
Kärvling, Agneta	Enhetschef Rehabilitering, Sjöbo stadsdel	2010-05-07
Malmström, Berit	Arbetsterapeut, Skene Samrehab	2010-05-06
Martell, Rebecka	Sjukgymnast, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-05-07
Petersson, Carina	Verksamhetschef rehabiliteringskliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-05-04
Skoglund, Emma	Arbetsterapeut, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-04-26
Sterki, Ida	Sjuksköterska, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-05-10
Stokeland, Ann	Sjukhusdirektör, Kungälv Sjukhus	2010-05-07
Wirtberg, Charlotta	Sjukgymnast, Borås Stad	2010-05-10

## 2.5 Studiens trovärdighet

Vid en kvalitativ studie blir diskussionen kring validitet en viktig del. Frågeställningen blir huruvida det material vi har samlat in svarar på de frågor vi ställt och i och med det fyller syftet för uppsatsen. (Merriam, 1988).

Som ett led i att stärka validiteten har vi med avsikt försökt intervjua personer med olika ansvar och syn på den verksamhet vi studerat, samt att vi talat med representanter för såväl sjukhuset som kommunen. Under intervjuerna har vi dessutom delvis sammanfattat vår upplevda bild till respondenterna för att kunna bekräfta den. Vi har också ställt flera frågor inom samma område för att undvika missförstånd på ett eller annat håll. Sen har vi använt oss av triangulering (Merriam, 1988) vid insamlandet av data för att ytterligare stärka validiteten.

En annan fråga som bör lyftas kring trovärdigheten för vår uppsats är den kring de intervjuer vi har hållit. Det finns alltid en risk att respondenten av en eller annan anledning väljer att skönmåla eller svartmåla den verklighet vi är satta att studera. Genom att ha pratat med ett flertal respondenter tror vi att vi delvis har kunnat minimera den risken för misstolkningar av fakta. Ingen respondent har heller erbjudits, eller efterfrågat, anonymitet. Det anser vi ger en ökad trovärdighet kring deras uttalanden. Viktigt att poängtera är att vi inte heller finner troligt att ett erbjudande om anonymitet hade påverkat svaren vi erhöll.

När mycket data hanteras bör frågan kring källkritik lyftas. Det är viktigt att förhålla sig kritiskt till såväl skriven teoribildning på området som de data vi insamlat. Vad beträffar den fakta vi använt oss av har vi använt välkända författare på området och i de fall artiklar har använts har vi nästan uteslutande läst artiklar som är så kallade "peer-reviewed". De data som insamlats kring både fallföretaget och som en del i omvärldsanalysen anser vi fyller kriterierna för trovärdiga källor

### 3 Hälso- och sjukvården i Sverige

I kapitlet ges läsaren en möjlighet att förstå den svenska sjukvårdens uppbyggnad, vilka huvudmännen är och vari deras ansvar ligger samt hur finansieringen ser ut. Läsaren kan i detta kapitel också skapa sig en grundläggande bild av sjukdomsförloppet stroke samt vad en strokeenhet är och vilket värde den tillför inom sjukvården.

#### 3.1 Sjukvården i Sverige

Sjukvårdsektorn stod för 9,1 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP) under 2007 ([www.oecd.org](http://www.oecd.org)). Det är en nivå som har legat stabil under en längre tid och bara ökat med en halv procentenhet på 10 år. Vid en jämförelse med andra länder med en BNP per capita liknande Sveriges ligger sjukvårdsutgifterna på mellan 7,5 – 11 procent (Norbäck & Targama, 2009).

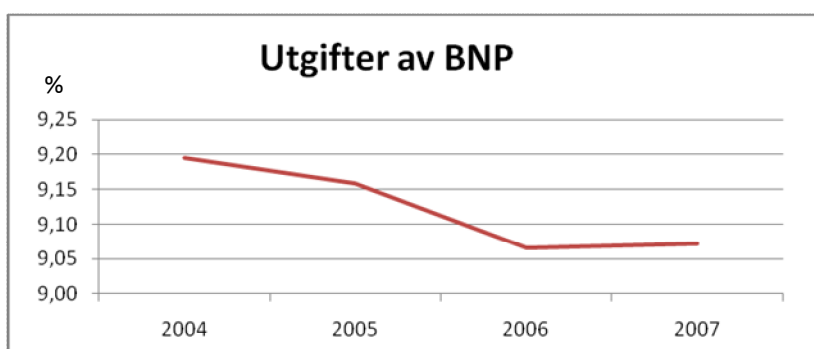


Diagram. 1. En översikt över den svenska sjukvårdens andel av BNP.  
Källa: oecd.org

Den svenska sjukvården har en lång historia av decentralisering och offentlig regi. Systemet tar sin utgångspunkt i slutet på andra världskriget då det blev allt viktigare att bygga upp en fungerande välfärd i Europa. Sverige med den dåvarande socialministern Gustav Möller var av uppfattningen att besluten kring välfärden skulle ligga så nära befolkningen som möjligt vilket gjorde att man i första hand såg det som kommunernas och landstingens uppgift. Under åren har vården allt mer decentraliserats och i mitten på 1980-talet kom hälso- och sjukvårdslagen som placerade ansvaret för planeringen, drivandet och finansieringen av sjukvården på landstingen (Byrkjeflot & Neby, 2004). Samtidigt kom också lagen om att alla medborgare har rätt till vård. (Ghatsnekar & Hjortsberg, 2001).

Inom sjukvården finns det tre oberoende nivåer som alla på något sätt är involverade och det är staten, landstingen och kommunerna. Övergripande mål, styrning och ansvar utövas av staten genom socialdepartementet med målsättningen att sjukvården ska fungera effektivt och med bakgrund av de grundläggande bestämmelserna kring sjukvård som finns reglerade i hälso- och sjukvårdslagen. Det är i sin tur landstingen/regionerna och kommunerna som är sjukvårdshuvudmän vars verksamhet regleras av hälso- och sjukvårdslagen. (SOU 2001:8).

Det är landstingens primärvård som ska vara basen i hälso- och sjukvården (PUNK-handboken) och definieras, enligt Socialstyrelsens termbank som "hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens

medicinska och tekniska resurser". Förutom primärvården skall landstingen också bistå med specialiserad sjukhusvård.

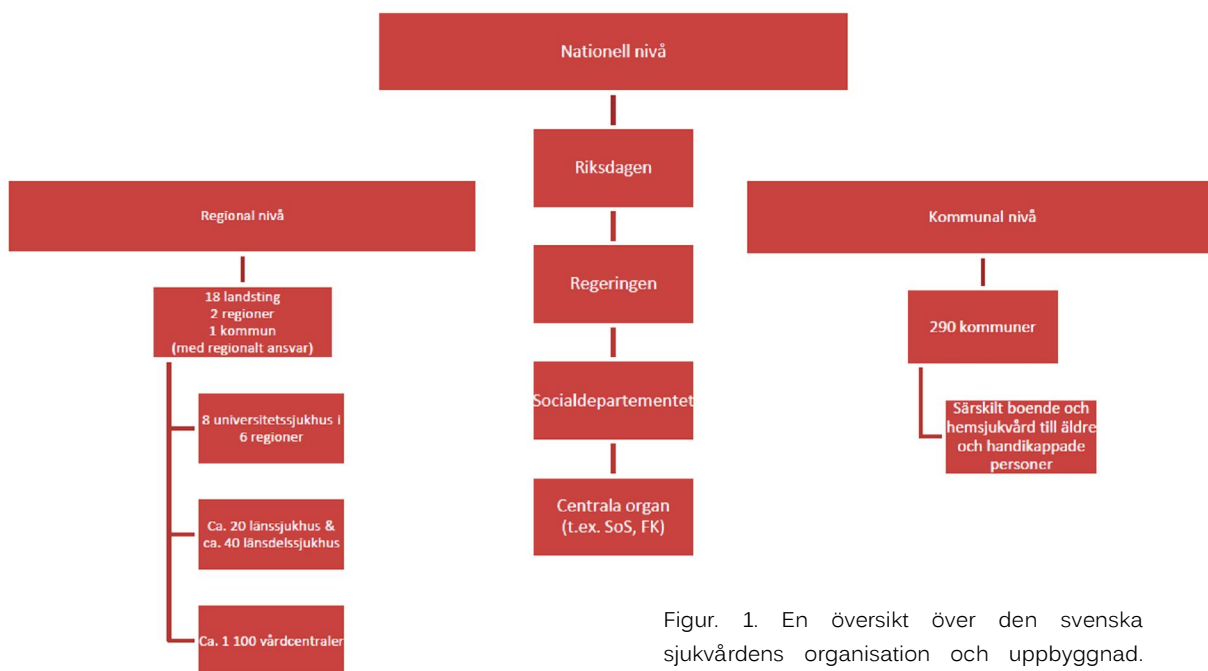
Kommunerna ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att "god hälso- och sjukvård erbjuds i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer med behov av särskilt stöd, i bostäder med särskild service för funktionshindrade samt i kommunens dagverksamhet." Ansvaret innefattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade. En kommun kan också ansvara för att de som vistas i kommunen får hälso- och sjukvård i hemmet, så kallad hemsjukvård, vid de tillfällen då patienten blivit behandlad och utskrivet från sjukhus eller geriatrisk vård. I över 200 kommuner har landstingen överlåtit hemsjukvården till kommunen och där åligger således det ansvaret på dem. (SOU 2000:114).

Reformer på olika områden i vårdkedjan och den allt kortare vårdtiden i slutenvården har inneburit att allt mer har lagts över på öppenvården. Patienter som blivit medicinsk färdigbehandlade behöver fortsatt vård och arenan för det blir i primärvården, kommunala boenden eller i det egna hemmet. Lejonparten av samhällets insatser för omvårdnad, rehabilitering och vård i livets slutskede har numera kommit att hamna i kommunal regi. Det är en utveckling som ställer allt högre krav på den kommunala personalen ifråga om medicinsk kompetens och erfarenhet för att genomföra kvalificerade insatser. (SOU 2001:8).

Huvudmannskapet består i regel av den offentliga sektorn även om det på senare tid har vuxit fram fler privata alternativ, dessa alternativ är dock reglerade av landstingen. Av den offentligtfinansierade vården, som består av cirka 85 procent av all vård som ges i Sverige, står den privata sektorn för cirka tio procent. (Norbäck & Targama, 2009).

Situationen med två huvudmän, kommun och landsting, som är satta att lösa olika delar av vården är en problematik när det kommer till gränsdragningen mellan de olika aktörerna och vem som i vilket läge ska göra vad. Detta då alla delar, mer eller mindre, är beroende av varandra. (SOU 2000:114; Glenngård et al, 2005).

Den snabba medicinska utvecklingen som skett under 1990-talet har lett till att vårdtiderna vid sjukhusen kunnat minska och att människor istället har möjlighet att få vård i öppenvården eller i sitt eget boende. De kortare vårdtiderna är i huvudsak positiva för patienten och genom hemsjukvården kan deras livskvalitet och oberoende öka. Dock kan kortare vårdtider vara förenade med risker då det sker en överföring av patienter från slutet till öppen vård och omsorg. Särskilt relevant blir farhågorna det när det rör sig om patienter som har snabbt föränderliga vård och omsorgsbehov och betydande behov av rehabilitering. För att klara av en sådan situation ställer det allt högre krav på att hemsjukvården är tillgänglig och att personalen där har hög kompetens. Samverkan mellan de olika aktörerna blir också en kritisk faktor för att det ska fungera bra för patienten. (Prop. 2005/06:115).



Figur. 1. En översikt över den svenska sjukvårdens organisation och uppbyggnad. Fritt efter Glengård et al. 2005

Landstingens verksamhet finansieras till 73 procent av skatteintäkter, 24 procent av olika form av statsbidrag och till tre procent av patientavgifter. Alla landsting har olika förutsättningar och det kan således finnas regionala skillnader. Regionala skillnader finns det också när det kommer till hur landstingen använder sina resurser och detta är då bara ett genomsnitt. Som vi kan se av figuren nedan är den största delen, 46 procent, specialiserad somatisk vård, efter det kommer primärvård som tar 15 procent av landstingets resurser i anspråk. (www.skl.se)

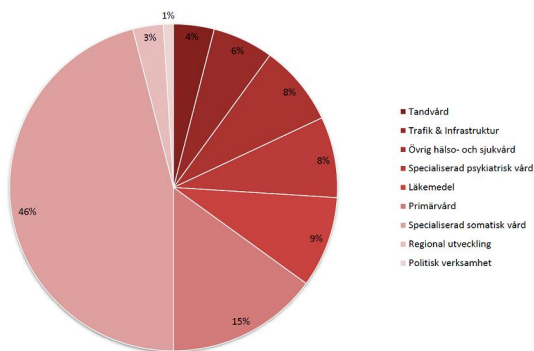


Diagram 2. Fördelning av landstingets kostnader 2008  
Källa: www.skl.se

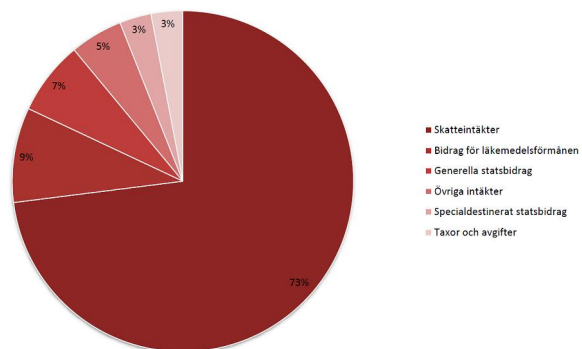


Diagram 3. Fördelning av landstingets intäkter 2008  
Källa: www.skl.se

Kommunernas finansiering liknar landstingens på nästan alla punkter, där skatteintäkterna utgör en lite mindre del av deras totala resurser. Det är stor skillnad på vad de använder sina resurser till, något som förefaller logiskt då kommunen har helt andra uppgifter än vad landstinget har. Kommunens verksamhet spänner över betydligt fler områden som till exempel barnomsorg, socialtjänst, stadsplanering, turism och näringsliv och äldreomsorg, se diagrammet nedan. Kommunens intäkter ska således fördelas på flera verksamhetsområden vilket gör att prioriteringsfrågan ständigt är aktuell.

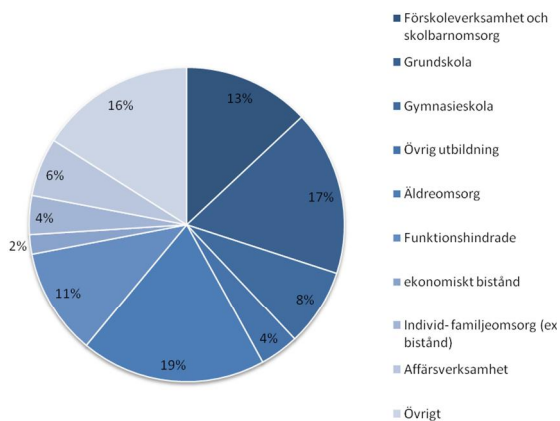


Diagram 4. Fördelning av kommunens kostnader 2008  
Källa: www.skl.se

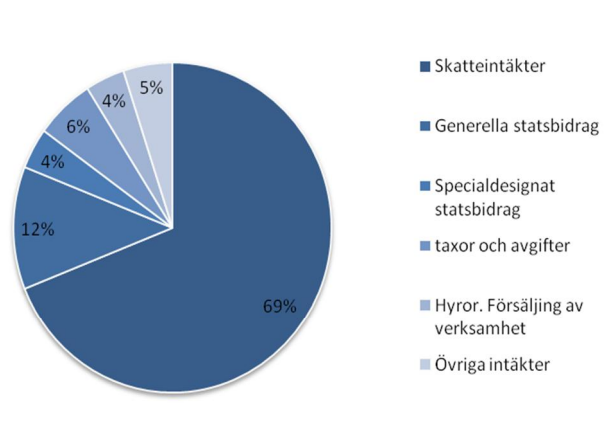


Diagram 5. Fördelning av kommunens intäkter 2008  
Källa: www.skl.se

Från det vänstra diagrammet ovan kan det beskådas att området äldreomsorg står för 19 procent av kommunens totala kostnader vilket också är där det mesta av resurserna till rehabilitering tas från. Värt att notera är att det även här kan finnas stora regionala skillnader och att de här siffrorna är ett genomsnitt av Sveriges alla kommuner och landsting. (www.skl.se) Intäkts- och fördelningsfrågorna är viktiga att bära med sig för att skapa en ökad förståelse kring varför parterna agerar som de gör när gränssnittet dem emellan ska studeras.

### 3.2 Stroke

Världshälsoorganisationen definierar stroke som "ett syndrom av snabbt växande kliniska tecken på fokala (eller globala) störningar av cerebral funktion, med symtom som varar 24 timmar eller längre, eller som leder till död, utan någon annan uppenbar orsak än vaskulärt ursprung" (WHO, 1989) Dessa definitioner inkluderar hjärnblödning, hjärninfarkt och subarachnoidal men inte transitorisk ischemisk attack (TIA).

Stroke är en hjärnskada som orsakas av hjärninfarkt eller blödning i hjärnan, och det är den vanligaste orsaken till långvarigt vårdberoende med närmare 400 000 vård dagar på sjukhus. (Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL 2009) Många av patienterna vårdas inledningsvis på en så kallad strokeenhet med specialistutbildad personal, men den efterföljande rehabiliteringen kan ske inom öppenvården. (Nationella riktlinjer för stroke, 2005)



"Stroke är en av de stora folksjukdomarna i Sverige som dessutom kräver flest vårddygner vid sjukhus och andra institutioner. Stroke är samlingsnamn för infarkt i hjärnan (ca. 85 %), intracerebrala blödningar (ca. 10 %) samt subaraknoidala blödningar (ca. 5 %). Omkring 30 000 personer insjuknar årligen i Sverige, varav 20 000 är förstagångsinsjuknanden. Ytterligare beräknas cirka 8 000 personer per år drabbas av TIA (transitoriska ischemiska attacker). Antalet nya strokeinsjuknanden (incidensen) uppskattas till 300 per 100 000 invånare och antalet personer med stroke (prevalensen) till över 100 000. Omkring 80 procent av de som insjuknat i stroke är över 65 år. Den totala samhällskostnaden beräknas uppgå till ca 14 miljarder kronor årligen. Stroke utgör den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna och är den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och cancer." (www.riks-stroke.org)

"Med närmare en miljon vårddagar per år inom landstingssjukvården och ett ännu högre antal vårddagar på sjukhem och andra kommunala boendeformer är stroke den enskilda somatiska sjukdomsgrupp som kräver flest vårddagar inom svensk sjukvård". (www.riks-stroke.org)

Stroke är inte bara en allvarlig akut sjukdom utan den får också stora medicinska, humanitära och ekonomiska följder för den drabbade och närstående. I förlängningen får insjuknandet i stroke också omfattande konsekvenser för samhället. Den stora insatsen för patienten sker inte inom slutenvården, då den tiden tenderar att vara ganska kort, det är istället omvårdnaden och rehabiliterande insatser som dominerar och då företrädesvis efter det att patienten har fått lämna sjukhuset. Det kan handla om insatser i primärvården eller om vård av närstående, men för många personer behövs även en fortsatt kontakt med sjukhuset för rehabilitering och andra medicinska insatser. (Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL 2009)

Symtom som är direkt hänförliga till stroke orsakar ofta stort lidande och får inte sällan både betydande fysiska och neuropsykologiska följder för den enskilde. Det kan medföra en tung börda även för närstående och skapa ett behov av särskilt boende. Trots att strokepatienter har en relativt hög medelålder på 75 år, är 20 procent av de drabbade i yrkesverksam ålder. Därmed blir också arbetsförmågan lidande i och med psykisk funktionsnedsättning (nedsatt uthållighet, koncentrationsstörningar, kognitiva störningar, depression) och fysisk funktionsnedsättning (rörelsesvårigheter, synstörningar, mm.). Strokedrabbade är till vissa delar beroende av hjälp från närstående (15 % är helt beroende medan 60 % är delvis beroende av närstående). Det innebär sociala förluster för den drabbade och omfattande ekonomiska förluster för samhället då även närstående får nedsatt möjlighet att förvärvsarbeta. (Struktur för framtida stroke-sjukvård i Västra Götaland)

I Västra Götalandsregionen insjuknar cirka 6 000 årligen av stroke. De regionala målen är i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och statuerar en god hälsa och vård på lika villkor. Västra Götalandsregionen har identifierat en rad områden som kan utvecklas och förbättras för att uppnå en förbättrad kvalitet i vården. Dessa åtgärder ligger dock i huvudsak utanför uppsatsens ram men kan handla om allt från skyndsamt karotiskirurgi

vid symptomgivande karotisstenos till att i ökad utsträckning använda intravenös trombolys efter symptomdebut av ischemisk stroke.

### 3.3 Strokeenhet

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska vård av strokepatienter ske på en strokeenhet. Med strokeenhet avses en enhet som bedriver såväl akut som rehabiliterande, systematiserad, specialiserad sjukhusbehandling av patienter med stroke. Det är en enhet på sjukhus där uteslutande, eller nästan enbart strokepatienter tas om hand. Socialstyrelsen har i "Nationella riktlinjer för strokevård 2009" fastställt att för att kallas en strokeenhet måste alla kategorier av patienter kunna mottas dygnet runt. Personalen som arbetar på strokeenheten har expertkunnande inom stroke och rehabilitering vilket innefattar läkare, sköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator samt logoped vilka alla besitter kompetenser som blir viktiga för att vårda strokepatienter. Till dessa yrkesgrupper ska strokeenheten också ha tillgång till dietist och psykolog eller psykiatriker finnas. (Ågaruppdrag för strokevården, 2010-2012) En nyckelaspekt för strokevården är omedelbar mobilisering och tidig rehabilitering av patienten. (Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL, 2009)

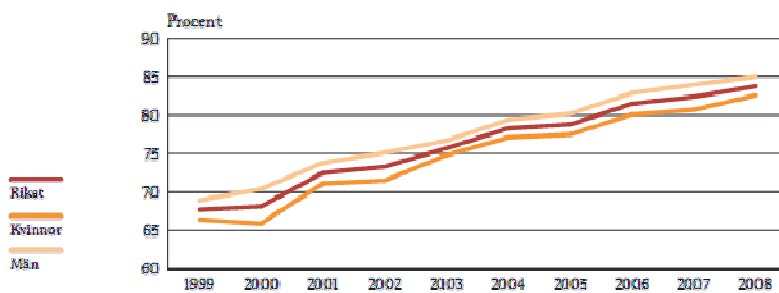


Diagram 6. Andelen av strokepatienter som vårdas på strokeenhet. Källa: Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL, 2009)

Det finns ett stöd kring att vård på strokeenhet minskar dödligheten och det personliga beroendet av institutionsboende. De positiva effekter som har noterats gäller samtliga strokepatienter oavsett kön eller graden av hjärnskada. Bäst effekt har identifierats om detta sker i en obruten slutenvårdskedja, alltså med akut omhändertagande och att patienten får fortsatt rehabilitering i en sammanhållen vårdkedja. (Ågaruppdrag för strokevården, 2010-2012)

Det har gjort att vård på strokeenhet har högsta prioritet enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer. (Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, SKL, 2009)

Inom regionen finns det idag ingen strokeenhet som har fullständig verksamhet under veckans alla sju dagar. För att skapa en sådan situation ställs det ökade krav på kringverksamheter för att möjliggöra att enheten på ett fullgott sätt kan bedriva sin verksamhet under samtliga sju dagar. Inom strokeenhet ingår det adekvat vårdplanering

med utskrivning till en fortsatt vårdprocess och rehabiliteringsaktivitet. (Ägaruppdrag för strokevården, 2010-2012)

### **3.4 Hemrehabiliteringsteam**

Strokepatienter har rätt till att få rehabilitering utifrån specialiserad kunskap om strokevård. Mycket av rehabiliteringen har tidigare skett i ett akut skede på sjukhuset men på senare tid har det utvecklats alternativ som innebär att patienter med mild till måttlig symtom erbjuds tidigare hemgång från sjukhuset med fortsatt rehabilitering i hemmet. Rehabiliteringen ges eller koordineras av ett multidisciplinärt team som även i vissa fall inkluderar läkare.

En rad fördelar med denna typ av hemrehabilitering har kunnat konstateras. Den medför en förkortad medelvårdtid på sjukhus och behovet av kommunalt särskilt boende minskar. Fler patienterna känner sig nöjda med denna vårdform och patienten får även ett minskat beroende av andra för att utföra dagliga aktiviteter i jämförelse med patienter som vårdas på sjukhus. Patienter som fått ta del av hemrehabiliteringsteam klarade också att bo hemma i högre utsträckning än andra strokepatienter. (Nationella riktlinjer för strokesjukvård, 2009) Nackdelarna är att det inte finns några vetenskapliga belegg för att denna metod fungerar vid svår stroke (Nationella riktlinjer för strokesjukvård, 2009), det är också svårt att särskilja vilken eller vilka av kompetenser i teamet som är nyckeln till framgång.

En förklaring som framhålls till de resultat som presenterats är att hemmet var den ideala träningsmiljön och att patienten där på ett mer omfattande sätt var delaktig i målsättningen med träningen. Delaktighet som ökar motivationen och därmed också resultatet. Det skapades också en annan rollfördelning mellan patienten och rehabiliteringspersonalen då det kunde observeras att patienten var mer aktiv, tog fler initiativ och uttryckte mål för sin rehabilitering. Något som skulle kunna vara en förklaring och ligga till grund för de förbättrade resultaten. (Nationella riktlinjer för strokesjukvård, 2009; The Sahlgrenska Academy, Activities of Daily Living after home rehabilitation)

## 4 Referensram

Referensramen har för avsikt att få läsaren att förstå grunderna inom process- och leanteori och också dess möjlighet att tillämpas inom sjukvården. Kapitlet berör också teorier kring teamarbete och hur samarbete kan fungera mellan två olika parter.

### 4.1 Värde

I teorikapitlet kommer mycket att beröra begreppet värde och hur det tillkommer i allt från att utforma värdekedjan, att minimera slöseri för att skapa värde och att definiera kundvärde m.m. Men vad är egentligen värde? Hur betecknas och kännetecknas det?

Grant (2008) uppfattar och betecknar värde som den summa som konsumenter är beredda att betala för en vara eller tjänst. Han menar på att utmaningen för företag i första hand ligger i att skapa värde för kunderna och i andra hand att försöka skapa vinst för bolaget.

Womack och Jones (2003) framhäver att det är svårt att definiera värde korrekt. Det tar sitt uttryck i att företag ofta vill producera det de redan idag producerar och att kunderna efterfrågar det de redan idag efterfrågar, detta då de inte känner till något annat. När värde diskuteras, menar de vidare, uppkommer ofta situationer där fokus ligger på att minska kostnader, öka varianter av befintliga produkter etc. för att därifrån skapa värde. Det sättet att resonera går i kliché med det som de förordar, en dialog och fokusering på kunderna. Genom att vara lyhörd till marknaden och dess önskemål kan företag nå längre genom att värdeskapandet omfokuseras från kostnadsminskningar till kundvärdesanpassningar.

En annan svårighet med värdedefinitionerna är ofta att flödet genom processen involverar flera avdelningar och företag. Ofta uppstår det en konflikt då värde inte är de samma i de olika delarna av värdekedjan och således blir det en skiljelinje inom processen. (Womack & Jones, 2003)

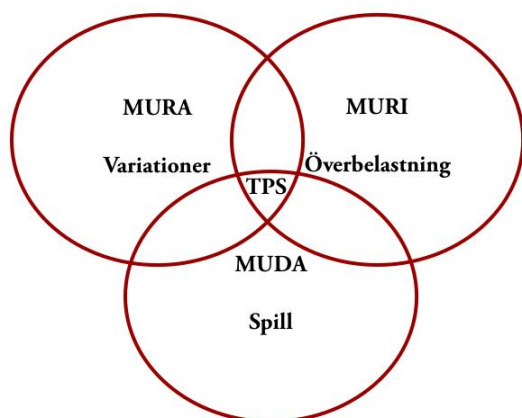
### 4.2 TPS & Lean

I efterdyningarna av andra världskriget stod den japanska biltillverkaren Toyota inför problem. Arbetskraften ville inte längre ses som bara en rörlig kostnad, den japanska marknaden var alldeles för liten och konkurrensen globalt var hård. Det var på grund av detta som Taiichi Ohno insåg att massproduktion, som bland annat USA arbetade med, inte skulle fungera i Japan. Det är utifrån de förutsättningarna som Toyota Production System (TPS) växte fram. (Womack et al. 1991)

TPS kan grundläggande förklaras med de tre japanska orden, muri, överbelastning av såväl personella som materiella resurser, muda, ojämnheter i flödena i värdekedjan och muda, icke värdeskapande aktiviteter inom värdekedjan. (Womack - [www.lean.org](http://www.lean.org)) De tre delarna är starkt kopplade till varandra där påverkan i det ena området snabbt påverkar de andra.

öf muda skapar muri vilket underminerar tidigare försök att eliminera muda.ö  
(Womack [www.lean.org](http://www.lean.org) ó Fritt översatt.)

För att förstå och kunna eliminera slöseriet inom processerna i en verksamhet är det av största vikt att förståelse finns kring att en ojämn produktion, vilket ofta föranleder överbelastning innebär problem. Som citatet uttrycker finns det risk att arbetet med att både identifiera och eliminera slöseriet i verksamheten går förlorat om inte de två andra hörnstenarna tas i beaktande.



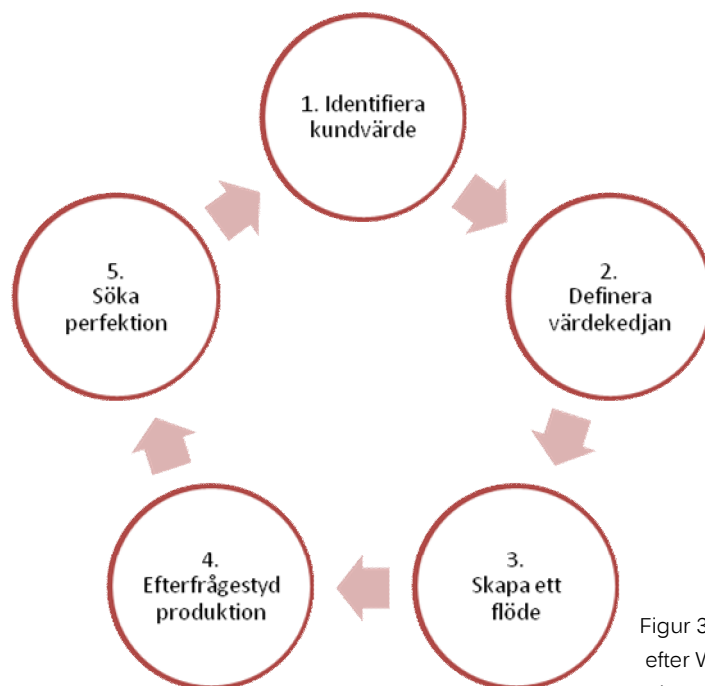
Figur 2. Illustrativ bild av grunderna inom TPS. Fritt efter föreläsning med Christer Dagman.

För att kunna applicera verktygen och metoderna som används (TPS) måste användaren först skaffa sig en generell förståelse kring varför dessa tillkommit och vilken nytta de tillför (Lander & Liker, 2007).

I litteraturen likställs ofta TPS och lean (Jacobsson, 2010). Tanken bakom hela leankonceptet kommer från den japanska företagskulturen och just uttrycket lean presenterades i boken "The machine that changed the world". (Womack, 1991) I korta ordalag grundar sig lean på att eliminera det som på japanska kallas för *muda* – slöseri. Slöseri finns i alla verksamheter och i alla processer och ses som de aktiviteter som inte genererar något värde till processen men ändå kräver en allokering av resurser. (Womack & Jones, 2003).

Lean kan, enligt Womack och Jones (2003), enkelt förklaras som en metod att skapa ökat värde för kunderna med färre resurser. De pekar på att lean är ett sätt att specificera värde, organisera sina värdeskapande aktiviteter i den mest optimala ordningen, genomföra sina aktiviteter på ett sätt som innebär så få avbrott som möjligt och ett sätt att ständigt förändra och förbättra aktiviteterna.

Womack och Jones (2003) delar upp och definierar utgångspunkten inom lean i fem punkter. Det handlar om att (1) förstå och definiera *kundvärde*, (2) förstå och definiera *värdekedjan* och dess olika parametrar, (3) skapa ett ostört *flöde* inom värdekedjan, (4) att ställa om produktion från att tillverka enligt egen planering till att svara emot *köparens efterfråga* samt att (5) jobba emot *perfektion* via ständiga förbättringar inom verksamheten.



Figur 3. Schematisk bild efter Womack & Jones (2003) arbetsgång inom lean.

En viktig del inom lean är att standardisera processerna och dess innehåll. Vikten av standardisering tas bland annat upp i Likers (2004) bok där han beskriver de 14 principerna han identifierat och anser som grundläggande inom införandet och utförandet av lean. Argumentationen för att standardisera ligger egentligen i två huvudspår, dels för att det skapar möjlighet att arbeta med ständiga förbättringar (Kaizen) och dels för att det är ett bra sätt att identifiera slöseri (se muda nedan) inom organisationen.

### 4.3 Lean inom sjukvården

Att använda lean inom tjänstesektorn är inga problem även om det ofta kan anses som ett mer produktionsbaserat tankesätt. Tankegångarna och metoderna fungerar väl även i mjukare och mer servicebetonade processer (Jmf Hicks, 2007; Liker & Morgan, 2006; Clifford & Tietje, 2008; Jones, 2006)

Lean inom sjukvården är inte en helt ny företeelse och har under de senare åren undersökts av akademien (bland annat; Fillingham, 2007; Wilkman & Strömberg, 2009; Jacobsson, 2010; Kollberg et al. 2006; Jones, 2006) Fillingham (2007) skriver i att de försök som testats inom lean har indikerat att det finns en "enorm potential" inom området. Han påpekar också att ett av de mest verkningsfulla sätten att påverka patienter och deras genomloppstid, vård dygn, är att fokusera på de onödiga slöserierna inom processerna.

#### 4.3.1 Patienten som kund

Genom att införa olika verksamhetsmodeller som finns inom det privata näringslivet till den publika sektorn ökar behovet att anpassa dem till den typen av verksamhet. En central del inom många teorier, bl.a. lean är att finna vem som är kund i systemet. Att se patienten som kund i systemet är något som Kollberg et al (2006) argumenterar för då

hela processens berättigande faller om inte patienterna skulle finnas. Det finns dock viss problematik inom den svenska sjukvården då det inte är patienterna som (direkt) betalar för vården. Kollberg et al (2006) menar att kunder i värdekedjan också kan vara patientens anhöriga eller samhället i sin helhet då de finansiera vården. Att identifiera värde inom vården blir således svårt om man inte vet vilken part som skall ses som kund. Det som intuitivt, enligt Kollberg et al. (2006), verkar rimligast är att ändå se patienterna i termer av kunder.

#### 4.4 De tre M:en

##### 4.4.1 Mura ó Variationer

Att söka efter jämna flöden inom processerna är något som förespråkas inom lean för att uppnå lägre genomloppstider inom processerna. Att skapa jämna flöden, som dessutom är kunddrivna kontrasterar den traditionella ekonomiska teorin som förespråkar nyttan av skalekonomier och högt kapacitetsutnyttjande vilket ofta föranleder lager och förlängda genomloppstider<sup>5</sup>. (Jacobsson, 2010).

Variationer kan vara av en sådan karaktär att de är påverkbara eller ickepåverkbara. (Jacobsson, 2010). Inom sjukvården kan det exemplifieras av planerade och akuta ingrepp. De planerade operationerna är lättare att styra för att skapa en jämn produktion medan akuta ingrepp inte är möjliga att planera. Detta föranleder, hävdar Jacobsson (2010), att kapacitetsutnyttjandet inom den planerade vården kan vara högre än inom den akuta. Där är det istället viktigt att ha en viss överkapacitet för att kunna bemöta de variationer som uppkommer och samtidigt bibehålla en kort genomloppstid i processen. Att minska variationerna är av största betydelse och en förutsättning för att uppnå jämna flöden i processerna vilket i sin tur resulterar i möjligheter till att effektivisera dessa ytterligare.

##### 4.4.2 Muri ó Överbelastning

Överbelastning är starkt kopplat till de jämna flödena som mura avser att skapa. Med ojämnheter i produktionen följer ofta tillfällen då både personal och maskiner överbelastas. Det kan i sin tur leda fram till slöserier då det ofta kan skapa fel och brister i kvalitet. (www.lean.org)

Att hantera överbelastning inom vården är svårt, mycket på grund av den naturliga variation som finns i efterfrågan. Det går att arbeta med kapacitetsplanering av såväl lokaler, sängplatser som personal, men det kan vara svårt att lyckas hantera variationerna och en viss beredskap måste finnas. Sjukvården är i mångt och mycket ett pull<sup>6</sup> system där verksamheten helt anpassar sig efter rådande efterfrågan (Radnor et al, 2006). Dock

---

<sup>5</sup> Genomloppstiden inom sjukvården kan definieras som den tid en patient befinner sig i serviceenheten. (Jacobsson, 2010)

<sup>6</sup> Pull i ett system refererar till att det i systemet finns en efterfrågan från kunderna som styr produktionen av varor eller tjänster. Motsatsen till pull är push vilket innebär att det är företaget, ägaren av processen, som styr kundernas efterfråga.

finns det, på grund av tidigare nämnda variationer, ett glapp mellan kapaciteten och efterfrågan (Jacobsson, 2010). Det vårdgivaren kan göra för att skapa mer push i systemet är till exempel via remissköer, väntelistor, väntrum och liknande. Målet för vården bör vara renodlat pull men det är mycket svårt att realisera. (Åhlström 2004, genom Jacobsson, 2010)

#### 4.4.3 Muda - Slöseri

Inom processförbättringar gäller det som tidigare nämnts att minimera slöseriet i verksamheten. Det finns åtta typer av slöseri som Hicks (2007) tar upp och som kommer att presenteras och diskuteras nedan.

De olika slöserierna är;

1. Överproduktion
2. Lager
3. Väntan
4. Extra arbete
5. Korrigeringar
6. Onödiga rörelser
7. Transporter
8. Outnyttjad kreativitet

Såväl Fillingham (2007) som Jacobsson (2010) har identifierat vilka former av slöseri som kan uppstå inom hälso- och sjukvården.

*Överproduktion* syftar till att det produceras mer än vad kunderna efterfrågar. Överkapacitet är per definition slöseri om och när det används för att skapa en övertalig produktion. Att ha överkapacitet inom sjukvården behöver dock inte vara slöseri. Om det finns en överkapacitet bara för att kunna hantera oförutsedda variationer, som ofta kan uppstå inom vården, behöver det inte likställas med slöseri (Jacobsson, 2010).

Slöseriet inom *lager* kan vara såväl patienterna som sitter och väntar i väntrummen till olika förvaringar av läkemedel och annan medicinsk utrustning. Patienter som sitter och väntar i olika väntrum tillför sällan något värde i processen och stoppar upp flödet (jmf mura). Även *väntan* inbegrips här vilket sammanfaller med onödiga väntetider och remisser som inte behandlas i tid utan blir liggande.

*Extra arbete* och *korrigeringar* innebär i korta ordalag att det uppstår olika former av kvalitetsproblem inom processen då det sker variationer inom tillverkning av produkten eller utövande av tjänster. Det är centralt att minska dessa ombearbetningar så att inte de första delarna inom processen, som nyttjat resurser måste göras om utan att någon ytterligare värdeaddering sker.

*Onödiga rörelser* beskriver kort sig själv. Det handlar om att personalen i så liten utsträckning som möjligt skall behöva flytta sig för att hantera sitt jobb. Ett exempel på onödiga rörelser kan vara verktyg och instrument som inte finns nära till hands.



*Transporter* som inte tillför värde i processen kan uppstå när t.ex. patienter och/eller läkare måste transporteras över stora avstånd inom sjukhuset för att den värdeskapande processen skall kunna fortlöpa.

*Outnyttjad kreativitet* förklaras bäst som slöseri i form av förlorad tid, bortkastade idéer, icke genomförda förbättringar etc.

Klassiska slöseribegrepp	Slöseri inom sjukvården
Överproduktion	Onödiga tester
Lager	Icke behövda lager
Väntan	Förseningar i diagnostisering och behandling
Extra arbete	Stressad och överarbetad personal
Korrigeringar	Fel medicinering, infektioner
Onödiga arbeten	Personalflyttningar
Transporter	Förflyttning av patienter och utrustning
Outnyttjad kreativitet	Ej utnyttjande av olika personalgruppers initiativ.

Tabell 2. Slöseri och typer av dem inom sjukvården.

#### 4.5 Processteori

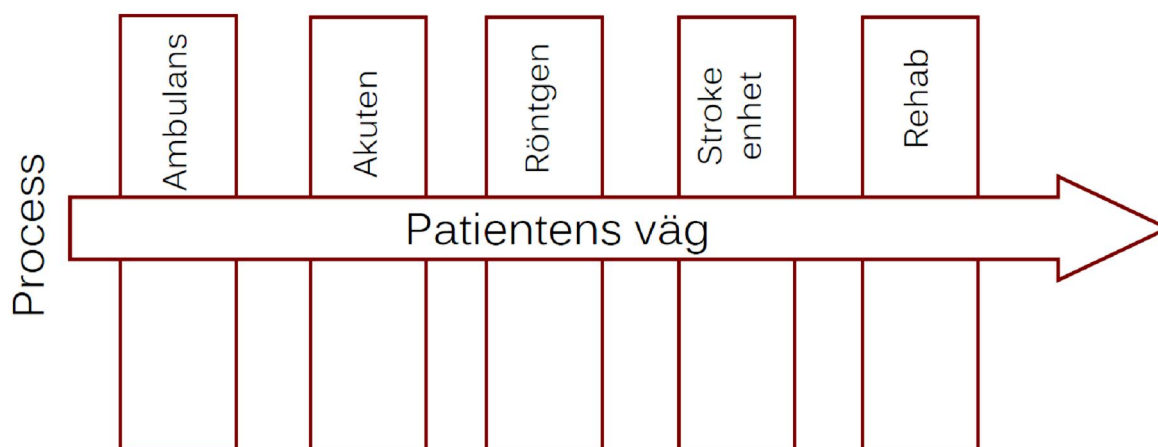
Utan processer uppstår inga varor eller tjänster och på samma sätt uppstår inte processer om det inte finns varor eller tjänster. (Harrington, 1991)

För att definiera begreppet process har vi valt att använda Ljungberg och Larssons (2001) definition som lyder;

öEn process är ett repetitivt använt nätverk av i ordning länkade aktiviteter som använder information och resurser för att transformera øbjekt inø till øbjekt utø från identifiering till tillfredställelse av kundens behov.

Ljungberg & Larsson (2001)

Vad definitionen säger är ett par olika saker. En process har egentligen bara sitt berättigande om den tillfredställer kunden eller mottagarens behov. För att en process skall vara intressant att arbeta med och söka skapa förbättringar inom behöver den vara repetitiv. Ofta beskrivs processer som väldigt tydliga kedjor av input och output, men som kan identifieras i definitionen ovan bör man snarare se en process som ett nätverk i vilket resurser tillförs den annars innehållslösa processen. Nätverkstanken kommer ifrån tankarna och observationerna kring att organisationer sällan är styrda i tydliga värdekedjor utan snarare består av olika nätverkskonstellationer. (Ljungberg & Larsson, 2001)



Figur 4. Schematisk bild över en tänkt processväg inom vården. Källa: Fritt efter Sjukvårdens huvudprocesser, SKL (2008)

För att kunna identifiera förbättringsområden kan processteorier vara en viktig del inom vården. (Thor, 2002) Processorientering torde därmed kunna bidra till förbättringar för både patienter och vårdpersonal (Ljungberg & Larsson, 2001). Vidare, bör processorienteringen leda till att man initialt kan behöva minska stordriftsfördelar som kan ha skapats, men man borde istället generera minskade genomloppstider, reducera patienter som felplacerats i systemet, skapa större möjligheter att möta de förväntningar och krav som kunderna, patienterna, ställer. (Jacobsson, 2010)

öDet är ofta så att den enda personen som ser hela patientens resa är patienten själv.ö

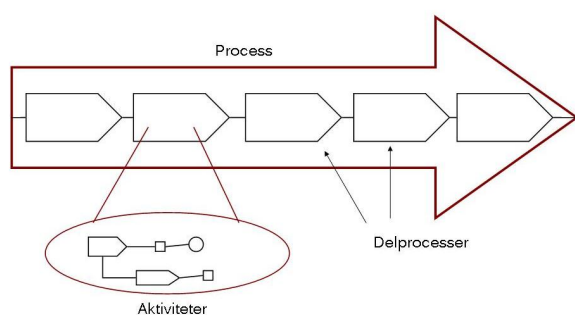
Fillingham (2007), fritt översatt

Jacobsson (2010) har identifierat fem områden kring vad en processlösning inom sjukvården skall bidra med för att kunna reducera genomloppstiderna och skapa ett jämnt flöde. Faktorerna kan antingen representeras en och en eller i kombination dem emellan.

- Reducera oönskade variationer, när så är möjligt, i ankomsttider och betjäningstider (eller processtider)
- Minska antalet "felplacerade" patienter i systemet, så att tillgängligheten ökar för patienter som behöver vård.
- Att öka eller finna balans i kapacitetsutnyttjandet av sjukvårdsenhetens resurser, som svarar mot variationer i betjäningstider och ankomsttider.
- Öka kapaciteten vid behov (kan ske genom att minska betjäningstiden).
- Anpassa kapaciteten till efterfrågan.

#### 4.5.1 Identifiering av process - processkartläggning

För att identifiera en process är det bra att ta produkten eller objektet som skapas och bearbetas i processen som utgångspunkt. Att beskriva processer görs oftast genom att skapa processkartor. Det innebär att ett av de bästa sätten för att förstå processen är att rita upp dem och visualisera hur flödena sker. Genom processkartor kan man på ett relativt enkelt sätt skapa en förståelse för hur de olika delarna i processerna är sammankopplade med varandra. Den verklighet processkartan är tänkt att förtydliga är ofta komplex då processen vuxit utan egentlig förståelse för processen i sin helhet. Kartläggningen i sig innebär dock relativt små möjligheter till förbättringar och ligger snarare till grund för en djupare förståelse för vilka förbättringar som skulle kunna genomföras. Att skapa kartor är ett av de första stegen nästan oavsett vilken ambitionsnivån är. (Ljungberg & Larsson, 2001).

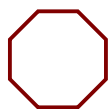


Figur 5. Beskrivning av huvud- och delprocess samt aktiviteter. Fritt efter Ljungberg & Larsson (2001)

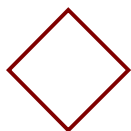
Det finns tre olika figurer som betecknar olika delar i processen.



Denna figur representerar delprocessen inom den totala processen. Inom den kan sedan flera olika delprocesser finnas.



Figuren beskriver det värde som har givits patienten efter avslutad delprocess. T.ex. patient är medicinskt färdigbehandlad.



När det inom processen uppstår olika vägval används denna figur. Om alternativen efter en avslutad process är tre kan det ifrån figuren ges tre möjliga vägar att gå vidare.

#### 4.6 Värdekedjan

Ett företags verksamhet kan delas upp i flera olika aktiviteter vilka alla tillsammans ska leda fram till en affär, kundvärde, i slutändan. Det kan handla om allt från att ambulanspersonalen hämtar patienten till att läkare opererar eller att sekreteraren dokumenterar. Ett företag kan värdesättas utifrån det som kunden är villig att betala för

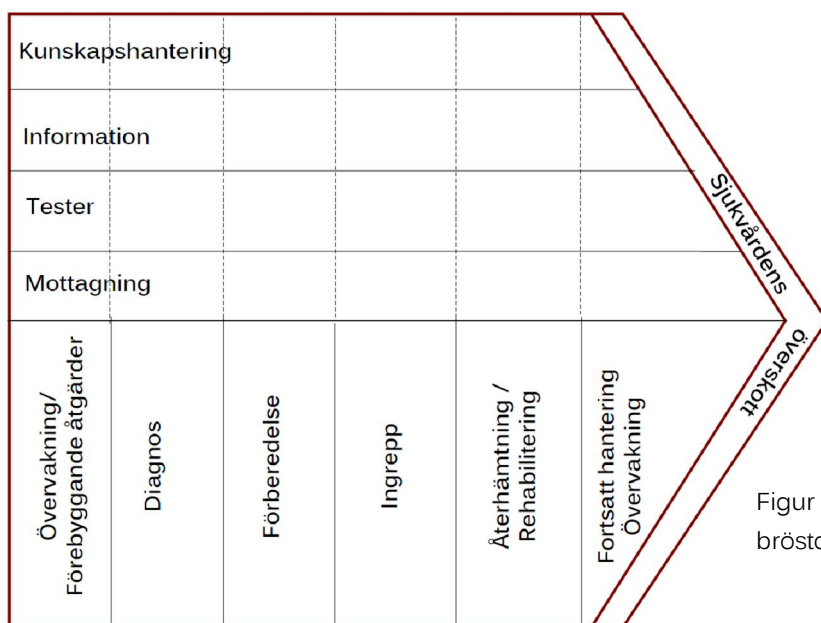
bolagets produkter eller tjänster. För att företaget skall vara lönsamt måste då kostnaden för alla aktiviteter inom värdekedjan vara lägre än det kunderna är villiga att betala. (Porter, 1990)

Porter (1990) har tagit fram en modell kallad värdekedja (eng. Value Chain) vilken illustrerar hur alla aktiviteter skall tillföra kunden värde. Inom värdekedjan kan man dela upp aktiviteterna i primära aktiviteter (tillverkning, leverans, marknadsföring etc.) och stödjande aktiviteter (personal administration, teknikutveckling etc.). Det är genom att specialisera sig på en eller flera aktiviteter och använda dem på bästa sätt som komparativa fördelar gentemot andra aktörer på marknaden uppnås. Det handlar inte bara om att nå fördelar utan också, som är mest aktuellt inom offentlig sektor, att identifiera vilka processer som ingår i värdekedjan och hur ett systematiskt arbete för att effektivisera dem kan se ut. Fillingham (2007) menar på att ett av de bästa sätten att "lära sig att se verksamheten" är att se den ur ett värdekedjeperspektiv.

Viss kritik har riktats emot värdekedjan och dess möjlighet att vara välfungerande inom mer kunskapsintensiva verksamheter som sjukvården. Kritiken grundar sig i det faktum att den lämpar sig bättre då arbetet är mer standardiserat och mer produktionsinriktat. Alternativa begrepp som bland annat presenterats inom detta område är värde shop (eng. Value Shop). (Woiceshynand & Falkenberg, 2008) Vi anser oss ändå kunna nyttja Porters (1990) värdekedjebegrepp inom dem område vi studerar men vill gärna lyfta fram de tankar som Woiceshynand & Falkenberg (2008) tar upp och hänvisa den intresserade läsaren för fortsatta litteraturstudier.

Porter (2006) har under senare år utforskat den amerikanska sjukvården och sett att de verktyg som han sedan tidigare introducerat lämpar sig väl även inom sjukvården. Bland annat finner han att vikten, som värdekedjan fokuserar på, inom sjukvården snarare borde ligga på att öka patientnyttan än att arbeta för sänkta kostnader.

Nedan följer en värdekedja som gjorts för en avdelning som hanterar bröstcancer. Figuren är avsedd att ge läsaren en god förståelse för (a) värdekedjan och dess utformning och (b) hur den kan tillämpas inom sjukvården.



Figur 6. Värdekedjan för behandling av bröstcancer. Fritt efter Porter, 2006

#### 4.7 Teamarbete

För att föra en diskussion kring teamarbete och framför allt multiprofessionella team är det bra att ta sin utgångspunkt i vad ett team faktiskt är. Definitionen återfinns i Fletchers artikel (2008) och definierar ett team inom framförallt den offentliga sektorn enligt följande;

„En grupp individer som arbetar tillsammans för att producera varor eller leverera tjänster för vilka de är gemensamt ansvariga. Team medlemmar delar mål och är tillsammans ansvariga för att de uppnås ... .”

Fletcher (2008) Fritt översatt.

För att skapa ett framgångsrikt team är det viktigt att arbeta igenom vilka mål det är som teamet skall uppnå och att alla kan ställa sig bakom dessa. (Fletcher, 2008) Som ett led i att minska variationer och ojämnheter i processerna kan teamarbete agera som ett stöd. Detta då personliga egenskaper och kompetenser kan komma att spela en mindre roll eftersom teamen kompletterar varandra och kan komma att stödja varandra även utanför de konventionella arbetsuppgifterna. (Jacobsson, 2010)

Thor (2002) menar i sin artikel på att illusionen om att tydliga hierarkier är det som krävs inom vården för att göra den framgångsrik är just en illusion. För att på ett framgångsrikt sätt lyckas med ledning och framförallt förbättring inom sjukvården behövs det hjälp från flera professioner. Vården har i dag på sjukhusen blivit så komplex att samarbetet mellan olika specialiteter, inte bara läkare, är oundviklig. Genom att engagera olika yrkeskategorier i team kan det ge såväl patienter som det totala förbättringsarbetet en god grund att stå på och agera utifrån.

#### 4.8 Interorganisatorisk samverkan

Företag och/eller organisationer kan välja att samverka interorganisatoriskt av flera anledningar och i olika former. Det kan ta sitt uttryck i såväl strategiska allianser, joint ventures och partnerskap som i, forsknings- och utvecklings- konsortium, relationer inom produktion samt outsourcing. (Dekker, 2004)

Inom vården när flera huvudmän återfinns längs vårdkedjan uppstår interaktion mellan parterna. Då de alla är sammankopplade i samma process finns det skäl att se närmare kring hur styrning och relationerna mellan parterna kan uppstå och karakteriseras.

##### 4.8.1 Styrning inom samverkan

Det finns flera sätt att förklara och beskriva ekonomistyrningen och dess funktioner inom organisationer. Enligt den klassiska ekonomistyrningsteorin finns det ett par olika områden som inryms i begreppet och som skapar det övergripande syftet. De olika områdena kan bland annat vara att stödja beslut, motivera agenterna<sup>7</sup> att uppnå

---

<sup>7</sup> Agent-principal teorin bygger på att det finns en person som skall utträtta något (agenten) åt en annan person (principalen) för att uppfylla dennes mål (Eisenhardt, 1989). Teorin är vanligt förekommande inom bland annat den nationalekonomiskt inspirerade teorin och tar sin utgångspunkt i den informationsasymmetri som finns mellan principalen och agenten. Informationsasymmetrin grundar sig i att principalen, som skall statuera villkoren för agenten, sitter på mindre information om verksamheten än den som skall styras, och där uppstår en asymmetri av information som försvårar styrningen mellan agent och principal (Merchant & Van der Stede, 2007).

organisationernas mål, att finna indikatorer som är kausalt kopplade till organisationens mål eller att väja för fallgropar. (Horngren, 2004).

Flera olika författare väljer att dela upp de huvudsakliga styrningsinriktningarna i tre olika kategorier; social- handlings- och resultatstyrning. (Ouchi, 1979; Merchant & Van der Stede, 2007). Formerna av styrning tenderar att ha olika namn beroende på vilken författare som beskriver dem men innehållet tendera att vara det samma.

Ett företag eller en organisation använder sig oftast inte enbart av någon specifik inriktning utan styrs snarare utefter en kombination av flera där vissa inriktningar kan te sig starkare och andra svagare beroende på vilken typ av organisation som styrs och vad syftet med den styrningen är (Kraus & Lind, 2007).

#### 4.8.2 Social styrning

En styrform som blir intressant i samarbete mellan två huvudmän utan ett formellt (juridiskt) samarbete blir den sociala styrningen. Den grundar sig i individers eller organisationers förmåga att skapa beteende hos personer inom organisationen (Kraus & Lind, 2007).

En viktig del inom social styrning bygger på det förtroende och den tillit som man bygger upp mellan parterna. Social styrning påverkas således även av karaktären av de parterna som är en del i det interorganisatoriska samarbetet. Därför blir valet av parter som ingår i en samägande konstellation viktig. (Kraus & Lind, 2007)

Att ha en tidigare historia tillsammans och samma kulturella värderingar är viktiga delar av ett samarbete och underlättar den sociala styrningen (Dekker, 2004). Förtroende är en annan viktig del inom den sociala styrningen, där det är av stor vikt att man litar på de parter man tillsammans agerar med. (Dekker, 2004)

##### 4.8.2.1 Förtroende

öDet argumenteras ofta för att en hög nivå av tillit inom en inter-organisatorisk relation minskar behovet av användning av dyrare styrningsformer som resultat- och handlingsstyrningö ó Kraus och Lind, 2007

Förtroende är både en del av lösningen och en utmaning som parterna i samverkan måste hantera. Det är således ett viktigt begrepp och många författare har därför valt att fördjupa sig i just detta. Rousseau et al. (1998) definierar förtroende som en psykologisk status som i sin tur består av intentionen att acceptera sårbarhet genom att det finns positiva förväntningar med avsikterna och beteenden hos andra. De fortsätter med att hävda att förtroende inte är ett beteende eller val utan ett underliggande psykologiskt tillstånd som däremot kan orsakas av, eller springa ur, beteenden mellan ägarna. Detta illustrerar att förtroende inte är något som kan förhandlas fram utan kommer av något mer odefinierbart som en känsla av ödmjukhet och förståelse inför varandra. Förtroende är något som tar tid att bygga upp och som hela tiden kan utvecklas men som också kan raseras väldigt snabbt.

Rousseau et al (1998) har identifierat tre sätt att bygga förtroende mellan flera parter. Det kan vara en noga övervägd analys av riskerna, en ökad samverkan mellan parterna genom skapandet av gemensamma målsättningar, problemlösning och andra sociala

aktiviteter för att utveckla relationen. Vidare kan ett försök att skapa en interaktion mellan parterna leda till engagemang och intresse i samarbetet och en större förståelse för varandras betydelse inom samverkan och tänkbara egennyttor. En möjlig väg för att uppnå detta anses vara ett umgänge utanför mer konventionella arenor.

Dekker (2004) delar upp tillit i dels förtroende till parternas vilja att samarbeta och dels förtroende till att de klarar av att genomföra det som samarbetet kräver. Förtroende till parternas vilja att samarbeta bygger på att deltagarna inom samarbetet inte agerar opportunistiskt utan istället ser till det bästa för gruppen och helheten. Det senare förklaras som de förväntningar den ena av parterna har på att den andra parten skall bidra med den kompetens som krävs för att utföra framtida uppgifter.

I ett vidare processperspektiv argumenterar också Liker (2004) i sin 11:e princip kring behovet av att respektera sina partners och leverantörer. Det är inte direkt anpassat för de interorganisatoriska samarbeten som kan uppstå men har ändå en tydlig del i behovet av att ha förtroende för varandra och att kunna förlita sig på sina partners. En organisation blir aldrig bättre än sina partners är en argumentation som återfinns inom TPS.

#### 4.8.3 Handlingsstyrning

Handlingsstyrning grundar sig i att om man från principalens sida vet vilka handlingar som är de lämpligaste för agenten att följa går det att därefter diktera de önskvärda handlingarna. Handlingsstyrning är bara effektivt när organisationer kan avgöra vilka handlingar som är de mest lämpliga för bolaget samt har en förmåga att säkerställa att dessa handlingar utförts. (Merchant & Van der Stede, 2007)

Handlingsstyrning kan vara en viktig mekanism i ett interorganisatoriskt samarbete då det inom samarbetet kan finnas målinkongruens, och en viss otydlighet med vad man vill att samägandet skall generera, och då skapar handlingsstyrningen en gemensam plattform för styrningen. (Das & Teng, 1998)

#### 4.8.4 Resultatstyrning

Resultatstyrning är en styrform som kortfattat innebär att principalen vet vilka mål, resultat, som är önskvärda men låter agenten själv välja väg för att uppnå dem. Utvärdering sker sedan på hur väl agenten efterföljde de nyckeltal, målbilder etcetera som principalen satt upp. Om man sätter upp tydliga mål inom ett interorganisatoriskt samarbete kan det göra att parterna kan utvärdera sitt samarbete och se att det gett en positiv effekt på verksamheten (Kraus & Lind, 2007). Resultatstyrning är ett bra sätt att få principalens och agentens intressen att kongruera då belöning ofta är starkt sammankopplat med de uppsatta målen. (Merchant & Van der Stede, 2007)

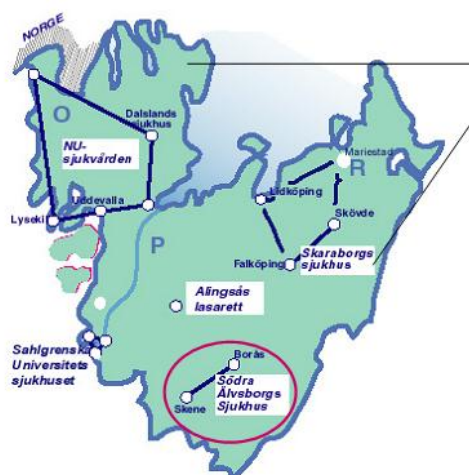
Det finns ett flertal sätt att få resultatstyrning i ett interorganisatoriskt samarbete att fungera väl. För att nämna några är det öppen redovisning, integrerade informationssystem och förädlingskedjeanalys (Kraus & Lind, 2007).

## 5 Södra Älvsborgs Sjukhus och Strokekliniken

Kapitlet behandlar vår fallstudieorganisation Södra Älvsborgs Sjukhus och framför allt dess arbete inom strokevården. Kapitlet är uppbyggt med en kort inledning över dels Västra Götalandsregionen och Södra Älvsborgs Sjukhus. Efter introduktionen kommer kapitlet beröra den aktuella situationen inom strokevården och framförallt de delar som rör eftervård och rehabilitering. Om inte annan källa anges bygger kapitlet på de intervjuer som hållits med företrädarna för organisationen.

### 5.1 Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen är en politiskt och demokratiskt styrd organisation med två huvuduppdrag. Det ena är att erbjuda invånarna i Västra Götaland en god hälso- och sjukvård och det andra är att främja tillväxt och utveckling i Västra Götaland. Västra Götalandsregionen har samma uppgifter som ett landsting och ansvarar för att det finns en bra sjukvård för alla drygt 1,5 miljoner invånare i regionen. I Västra Götalandsregionen finns det 18 olika sjukhus fördelade på fyra sjukhusgrupper där Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) är en av dem. ("Med omtanke om framtiden" Västra Götalandsregionens budget 2010)



Figur 7. Västra Götalandsregionen uppdelad på de olika sjukhusområdena.  
Källa: Presentation av SÄS

### 5.2 Södra Älvsborgs Sjukhus

SÄS består av dels sjukhuset i Borås samt sjukhuset i Skene med ett upptagningsområde på cirka 274 000 invånare. Figuren nedan visar hur det geografiska upptagningsområdet ser ut och vilka kommuner som ingår.

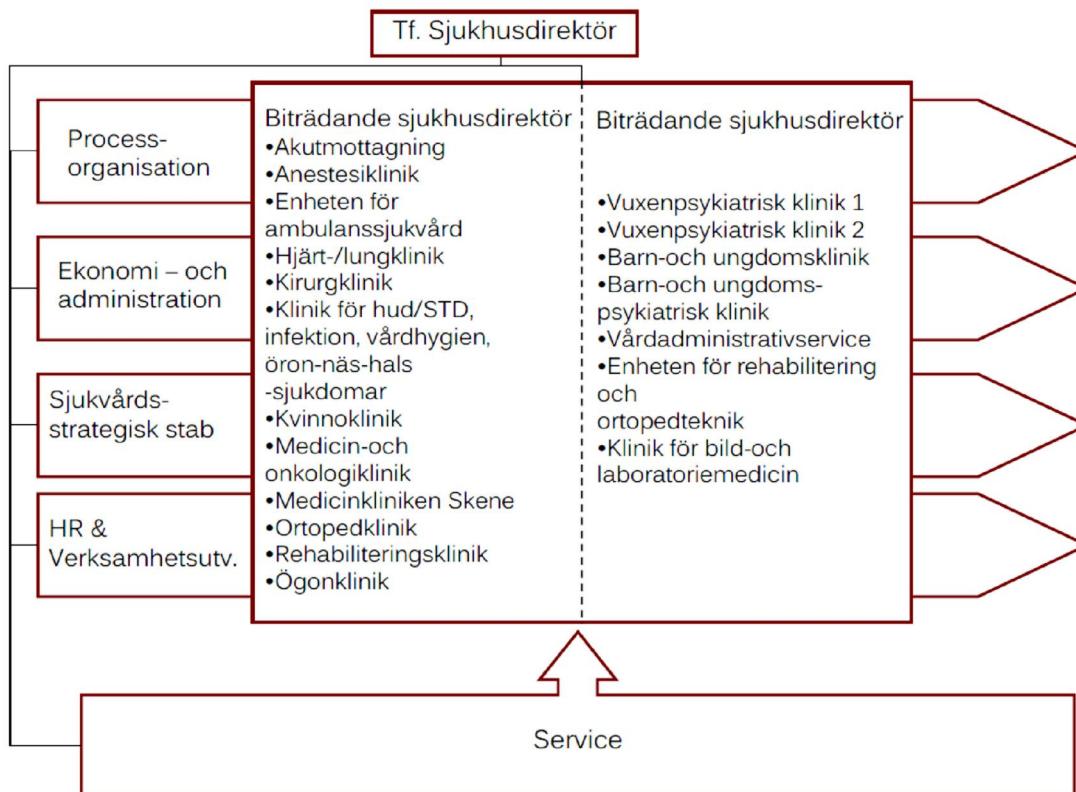


Figur 8. Södra Älvsborgs sjukhus upptagningsområde.  
Källa: Presentation av SÄS



SÄS bedriver länssjukvård inom alla specialiteter och har även viss regionsjukvård. Sjukhuset har sedan några år valt att satsa allt mer på att arbeta utifrån ett processperspektiv för att dels få verksamheten att fokusera på patienten och dels skapa en förbättringskultur inom organisationen. (sas.vgregion.se). Under 2009 sysselsatte SÄS 3 580 tillsvidareanställda och hade ungefär 550 vårdplatser. Antalet vårdbesök under samma period var cirka 430 000 fördelade på cirka 96 000 patienter (Presentation av SÄS, 2009). Under 2009 omsatte sjukhuset 2,88 miljarder SEK och hade ett negativt resultat om 56 miljoner SEK. (Årsredovisning 2009)

SÄS är organiserat enligt figuren nedan. I bilden kan noteras, som vi tidigare berört, att SÄS arbetar med processer och har utifrån det skapat en organisationsstruktur där processerna har en tydlig roll. Idag finns fungerande processer och processteam i allt från gråstarr till höftfrakturer och brösttumörer. Målet framöver är att 80 procent av sjukhusets verksamheter skall vara organiserade efter processfilosofin.



Figur 9. Södra Älvsborgs sjukhus organisation. Fritt efter Presentation av SÄS

### **5.3 Sjukhuset och kommunerna**

Relationen mellan Södra Älvsborgs Sjukhus och angränsande kommuner styrs via det avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. De som berörs av det avtalet är de patienter som erhåller vård från båda huvudmännen.

Avtalet tar till stora delar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och den definierade ansvarsfördelning och gränsdragning som finns. Syftet med avtalet är att, på det lokala planet, skapa en tydlig ansvarsfördelning med hänsyn till de lagreglerade hälso- och sjukvårdsinsatserna till invånarna. Se bilaga 1.

Det finns en gemensam ambition att bibehålla och vidareutveckla ett långsiktigt förtroendefullt samarbete inom hälso- och sjukvården. Den enskilda patienten ska ges kontinuitet även om huvudmannaskapet skiftar under vårdperioden. En patient ska aldrig bli lidande av eventuella oenigheter mellan huvudmännen, utan den ska erhålla en adekvat vårdinsats. Ansvaret för att leverera den insatsen ligger på den huvudman som har patienten i sin vård. Om det sker en övergång mellan huvudmännen ska det alltid föregås av en gemensam vårdplanering. Det är en process som vanligtvis initieras vid utskrivningen från sjukhuset.

#### **5.3.1 Borås Stad och kommundelarna**

Upptagningsområdet för SÄS är enligt RIKS-Stroke årsrapport beräknat till cirka 160 000 invånare, i den siffran ingår inte bland annat Skene vilket kan skapa en förvirring vid jämförelse med tidigare presenterade siffror. Av dem bor majoriteten i Borås Stad. De övriga aktörerna som tillhör upptagningsområdet är Tranemo, Ulricehamn och Bollebygd. Borås stad är uppbyggd utefter tio stadsdelar som utefter geografi. Varje stadsdelsnämnd är ansvarig för förskola och grundskola, äldreomsorg och fritids- och kulturverksamhet. Inom dessa områden ligger också rehabiliteringen för bland annat strokepatienter. (boras.se)

### **5.4 Strokeenheten**

På SÄS finns det, som på alla sjukhus i Västra Götalandsregionen, en strokeenhet dit patienter som insjuknat i stroke skall hamna. Strokeenheten ligger fysiskt på samma plats som rehabiliteringskliniken och chefen för rehabilitering har också ansvar för strokeenheten. Enheten är utformad utefter moduler där det finns tre moduler vilka ansvarar för sju patienter var vilket innebär att det totalt finns 21 vårdplatser. Det finns också en inbyggd överkapacitet på tre vårdplatser för att möjliggöra att alla patienter med stroke skall kunna få vård på strokeenheten även vid högt tryck på avdelningen. Organiseringen utefter moduler skapades för att kunna erbjuda patienterna en mer patientnära vård.

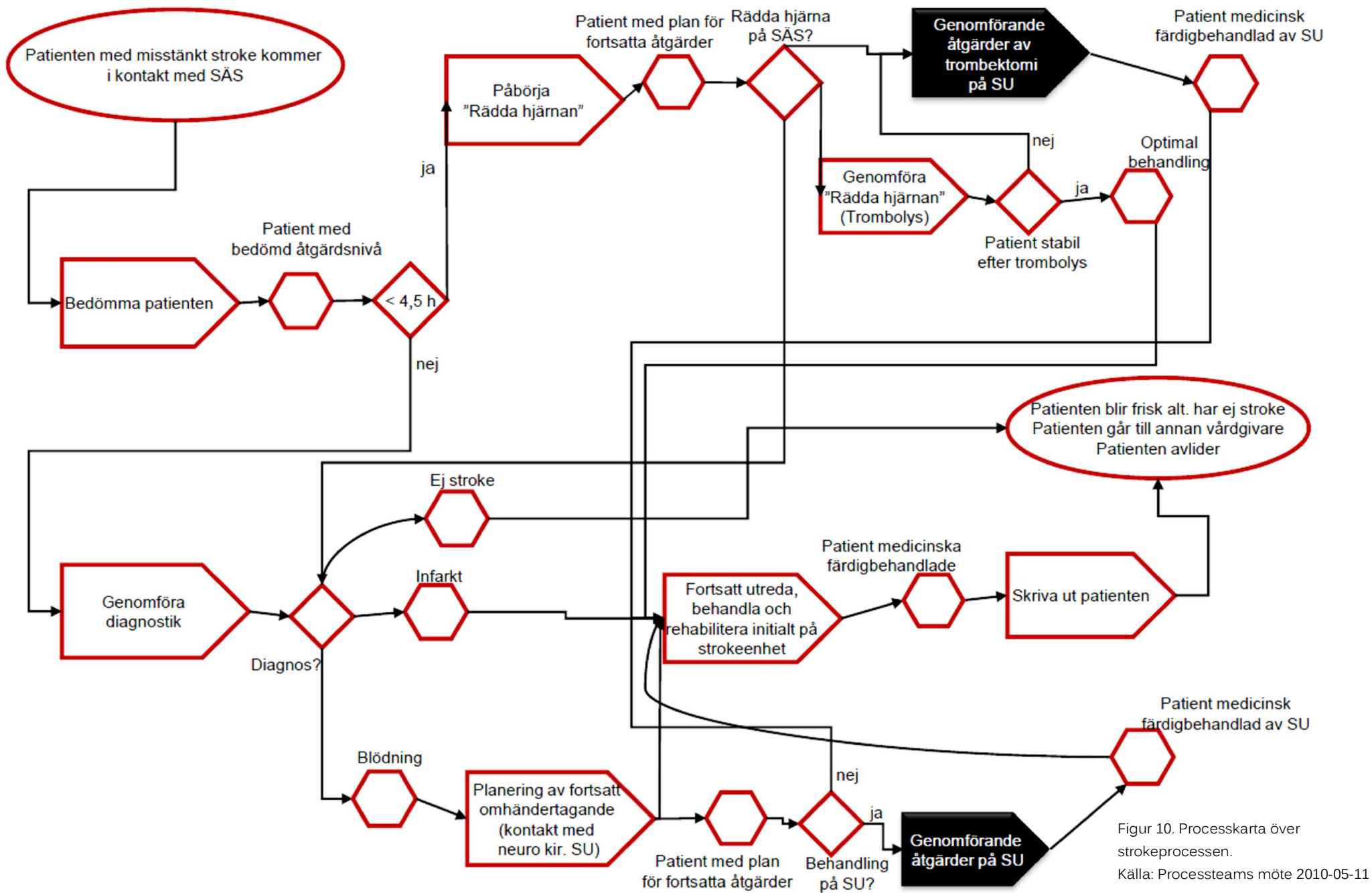
Arbetet på strokeenheten är teambaserat och teamet består av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt med tillgång till psykolog och dietist vilka alla innehar kompetenser som är viktiga för att vårda strokepatienter. Rehabiliteringen börjar från dag ett med undantag av helger då inte

arbetsterapeuten och sjukgymnasten arbetar. Sjuksköterska och undersköterska finns dock på plats och kan påbörja arbetet med patientens rehabilitering även på helgen. Det är läkarna som bestämmer när patienten kan skrivas ut även om beslutet tas i samråd med de övriga medlemmarna i teamet.

För att beskriva processen som uppstår när en patient har fått en stroke, eller det misstänks att hon fått en stroke, har processteamet tillsammans skapat en processkarta (se nästa sida) för att beskriva de steg som patienten genomgår. Kartan kan uppfattas som både rörig och förenklande. Dess syfte är att spegla de mest vanligt förekommande scenariorna som uppstår inom strokesjukvården på SÄS. (Processteams möte, 2010-05-11) I kartan är "Rädda Hjärnan" ett särskilt paket som sjukhuset har satt ihop för att snabbt kunna hjälpa personer i behov av en trombolys. SU står för Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Hela processen avslutas med att patienten antingen är färdigbehandlad, inte har stroke och således blir skickad någon annanstans, eller att patienten avlider.

#### 5.4.1 Diskussion

Något som diskuteras inom organisationen är arbete på helger och i den frågan råder det delade meningar kring vad som är önskvärt. En respondent uttryckte; "paramedicinerna skall också in och arbeta på helgerna". En annan respondent lyfte i sammanhanget fram att det skulle kosta "enorma resurser" om hela rehabiliteringen även skulle genomföras på helger. Det poängterades att det är en stor skillnad på att låta patienten genomgå en bedömning och att ständigt bedriva sju dagars rehabilitering. Lösningen med enbart bedömningar på helgerna var något som fler kunde finna som en tilltalande lösning. Bedömningen som skulle genomföras av sjukgymnasten skulle sedan kunna ligga till grund för att instruera sjuksköterskorna och leda dem i det arbete de redan idag genomför under helgen. En av respondenterna varnar för att ett utökat helgearbete kan komma att leda till kompetensbrist då många kanske väljer andra arbetsplatser där helgearbete inte erbjuds. "Många väljer väl att bli arbetsterapeuter och sjukgymnaster för att inte jobba på helgerna". Om inte hänsyn tas till kostnadsaspekten är respondenterna dock eniga om att patienterna skulle gynnas av att arbete även skedde på helgerna.



Figur 10. Processkarta över strokeprocessen.  
Källa: Processteams möte 2010-05-11

## 5.5 Medelvårdtid

Södra Älvsborgs Sjukhus har under en tid haft en medelvårdtid som legat kring 17-20 dagar och 2008 var den siffran närmare 21 dagar. Under samma period låg genomsnittet i Sverige på 16 dagar. Det som mäts i den siffran är den totala medelvårdtiden där även olika former av eftervård, till exempel rehabilitering i landstingets regi ingår. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008) I dagsläget är SÄS nere på cirka 10 vårddygn. Vid en uppföljning tre månader efter insjuknande visade det sig att 53 procent av patienterna bor hemma utan behov av hemtjänst, 22 procent bor hemma men med behov av hemtjänst och 22 procent bor på kommunalt särskilt boende. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

### 5.5.1 Diskussion

Att SÄS inte haft en kortare medelvårdtid tidigare kommenterade en respondent med att de "... inte har kunnat lämna ut patienterna till ingenting". Att kunna minska medelvårdtiden ytterligare tror respondenten kommer att bli svårt och bedömningen är att det inte går att komma mycket lägre.

Uppfattningen är att de flesta inom sjukhuset är positivt inställda till att korta ner medelvårdtiden. "När patienterna är färdigbehandlade skall de inte ligga kvar på sjukhuset"; "Jag är för att korta vårdtiderna, men det måste finnas ett skyddsnät för patienterna när de kommer ut"; "En medelvårdtid runt 10 dagar känns okej"; "Det går att behålla kvalité trots en kortare medelvårdtid", är några av åsikterna kring medelvårdtiden. En annan aspekt som en respondent tar upp är att det tidigare fanns möjlighet för rehabiliteringspersonalen att åka hem till patienten inför hemgång för att redan på sjukhuset kunna förbereda patienterna för deras hemmiljö, något som idag inte hinns med, till viss del beroende på kortare vårdtider.

Läkarna hade tidigare inget incitament till tidigare utskrivning men i och med att arbetet med att få ner medelvårdtiden är prioriterat från ledningen är det läkarnas ansvar att arbeta med frågan då det är de som fattar det formella beslutet kring utskrivning. Det råder en enighet mellan respondenterna kring att läkarna trots den tidigare utskrivningen känner sig "färdiga" med patienten. De andra i stroketeamet skulle dock vilja ha möjlighet att arbeta med patienten under en längre tid för att uppnå önskat resultat. En respondent valde att uttrycka det; "Läkarna pressar på och vi håller mot". En annan respondent menade att sjuksköterskorna var mer frustrerade över den ökade pressen med att få ner medelvårdtiden än vad rehabiliteringspersonalen var. Några av de intervjuade berörde att deras, och då sjukhusets vilja, att skriva ut patienter hade ökat om det funnits hemrehabiliteringsteam då nivån på rehabiliteringen även kunde säkerställas efter utskrivning.

## 5.6 Utskrivning

En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.ö (SFS 2003:193)

När läkaren, som ytterst ansvarig för utskrivningen, anser att patienten kan skrivas ut från sjukhuset skickas en kallelse till kommunen, om det uppstått ett förändrat vårdbehov,

vilket det ofta har när det gäller strokepatienter. För en patient i akutvården eller den geriatriska vården inträder kommunens betalningsansvar fem dagar efter det att kommunen har mottagit kallelsen. (SFS 2003:193)

Vid patientens hemgång ska det också om läkaren bedömer att patienten kommer att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, öppen psykiatriska vård eller annan öppenvård upprättas en vårdplan. I dialog mellan stroketeamet på sjukhuset, patienten och eventuellt anhörig, kommunen och en vårdplaneringssköterska tas det fram en vårdplanering för att skapa de bästa förutsättningarna för patientens hemgång. Detta sker i vårdplaneringsteam för att försöka underlätta för den enskilda patienten, men också öka förståelsen mellan varandra då det alltid är samma personer som träffas i teamen. I samband med att patienten skrivs ut bestäms också hur stort behov av stöd, i form av hemtjänst, som patienten kan behöva vilket är något som görs av biståndsbedömaren i vårdteamet.

### 5.6.1 Diskussion

Bland respondenterna finns det ett önskemål att kommunen inte ska använda sig av alla de fem dagarna av förberedelser som de har rätt till för att undvika resursslöseri och väntan för patienten. Den upplevda anledningen på sjukhuset är att dagarna utnyttjas fullt ut av kommunen för att på så vis hålla i sina egna resurser. En av representanterna från kommunen håller inte med och menar att kostnadsaspekten inte är relevant i sammanhanget. Anledningen till utnyttjandet av de fem dagarna är att kommunen behöver en viss tid på sig för att mottagandet i hemmet ska bli så bra som möjligt. Från kommunens sida menar man att man tar emot patienterna när de rätta förutsättningarna är uppfyllda och inte efter att det har gått ett visst antal dygn. En av de intervjuade menade att, på grund av att vissa kommuner använder sig av lagen och inte tar emot patienter förrän efter fem dagar har det lett till att SÄS skickar sina kallelser tidigare än vad de egentligen borde. Det slår då tillbaka på kommuner eller kommundelar som vill ta emot patienten tidigare då de upptäcker att patienten vid ett snabbt förfarande inte är redo för hemgång.

I samband med patientens utskrivning upplevs det som att det kan uppstå meningsskiljaktigheter mellan stroketeamet och kommunen där stroketeamet kan tycka att patienten skulle behöva mer vård i form av till exempel kommunal hemtjänst. En respondent lyfter dock fram att motsättningarna skulle kunna bero på sjukhusets agenda att patienterna ska gå hem tidigare.

En av respondenterna framhöll att det var viktigt att inte personalen pratade med patienten kring de olika alternativen som finns efter utskrivning från sjukhuset. Har någon pratat sig varm om till exempel korttidsboende med patienten blir det svårt för vårdplaneringsteamet att ställa om patienten, om de istället bedömer att direkt hemgång vore det bästa alternativet. Kritiken här grundar sig inte främst i frågan om vilka resurser som skall tas i anspråk utan representanten ser det ur ett patientperspektiv där patienter ibland kan vara i sämre skick efter korttidsboendet än innan då de inte får möjlighet till samma typ av träning där som i hemmet.

## 5.7 Relation

Dialogen mellan de olika huvudmännen har inte alltid varit givande uppger en respondent. Det upplevs som att det har funnits och att det än idag finns en stor skepsis inom kommunen mot sjukvården där man tror att sjukvården vill "luras". Relationen mellan kommunen och sjukhusvården har dock utvecklats på senare tid då de har haft möjlighet att lära känna varandra lite bättre genom att ha en gemensam fysisk kontakt i form av att vårdplaneringen organiserades i team samt att det finns en vårdplaneringssjuksköterska. Denna har fungerat som en länk mellan kommunen och regionen och hjälpt till att öka förståelsen mellan varandra. Det råder en stor enighet kring att samarbetet och samverkan har blivit allt bättre. Det upplevs som att man pratar mycket mer med varandra idag än tidigare. Det är en utveckling som de representanter vi träffat tycker tar alldeles för lång tid och borde gå mycket snabbare. Ett exempel på att förståelse och samverkan tar tid är det arbete som sjukhuset har påbörjat med att korta ned medelvårdtiden.

Det finns en upplevelse av att kommunen är misstänksam mot att regionen vill vältra över kostnaderna, menar en respondent. "Här (i det samarbete som finns) är det kommunen och primärvården som bestämmer". "Det finns sjukt starka viljor mellan de olika kommunerna och om kommundelarna i Borås skulle försvinna skulle det bara bli bättre".

Det finns en vilja från kommunens sida att försöka samverka med sjukhuset men en av respondenterna från kommunen har svårt att se hur det ska gå till då SÄS vill skära ner medelvårdtiden till tio dagar, något som inte respondenten finner rimligt. "De kör ju sitt race, det är så jag upplever det, de skjuter ut patienterna och fokuserar bara på vårddygn", beskriver respondenten. Ett av de stora problemen är, enligt respondenten, att behov flyttas men att inte resurser för att klara de ökade behoven följer med i samma utsträckning.

En ökad interaktion mellan kommunen och sjukhuset vore enligt några intervjuade önskvärt för att skapa sig en bild av hur kommunen arbetar. En representant från SÄS lyfter fram att det kan vara fördelaktigt för dem att sätta sig in i hur man arbetar i de olika kommunerna för att underlätta det för dem att lämna ut patienter dit. En annan av de intervjuade menar att samarbete alltid kan förbättras och att ett steg i det vore att genomföra studiebesök för att se hur de andra inom vårdkedjan arbetar.

öTänk om allting hade varit under samma tak ó då hade vi aldrig haft några problemö.  
En representant från SÄS resonerar fritt kring problematiken kring olika huvudmän

## 5.8 Anhöriga

SÄS arbetar med att försöka ge de anhöriga all den adekvata information som de behöver. Den anhörige får med sig information och en kort beskrivning av vad som har hänt och hur situationen ser ut för patienten när han eller hon lämnar sjukhuset. Dock upplevdes det som att det ibland kan vara svårt att på ett pedagogiskt sätt nå fram med att det är rehabiliteringen som är den stora delen av vårdprocessen då patienten väldigt sällan kan återgå till hemmet utan någon form av hjälp. En av de intervjuade på SÄS uppgav att hon tillsammans med flera andra hade märkt att de anhöriga upplevde att de

inte fick tillräckligt med information vilket gjorde att de nu tillsammans med primärvården har börjat med utbildningar.

### 5.8.1 Diskussion

I utbildningsarbetet skulle respondenten gärna vilja att en läkare var med då många frågor och funderingar är av den arten som endast läkaren kan svara på. Det skulle underlätta deras informationsarbete och skapa ett ökat mervärde för de anhöriga. En annan respondent är också inne på att anhörigträffar är bra då det skapar en gemenskap och erfarenheter och kunskaper kan utbytas mellan de anhöriga. En respondent berättar att hon tycker att det sker mycket kontakt mellan de anhöriga men att de själva inte upplever att de får tillräckligt med information. En annan företrädare för organisationen tror att de anhöriga skulle behöva mycket mer stöd och utbildning. Anhörigstöd och anhöriggrupper för att få träffa andra i samma situation och ha ett informationsutbyte är åtgärder som respondenterna lyfter fram.

## 5.9 Utveckling

### 5.9.1 Återbesök

Det har förts diskussioner på SÄS och från och med i höst kommer patienter som skrivits ut kallas till återbesök på sjukhuset. Efter sex veckor får patienten träffa en sjuksköterska för att gå igenom sin situation och uppkommer inga problem då får patienten komma tillbaka igen efter tre månader och då får hon träffa en läkare.

### 5.9.2 Hemrehabiliteringsteam

SÄS kommer att under en försöksperiod skapa ett hemrehabiliteringsteam som åker ut till patienterna. Teamet tar sin utgångspunkt från sjukhuset med sjukhusets personal och lösningen finansieras av sjukhuset. Det är naturligt då det är landstinget som sitter på den största kunskapen kring stroke, anser en av respondenterna. I dagsläget är tanken att teamet skall bestå av sjukgymnast och arbetsterapeut. Att det inte är fler från stroketeamet är en resursfråga. "Vi ser från början vid uppstart att sjukgymnasterna och arbetsterapeut är det viktigaste" berättar verksamhetschefen.

### 5.9.3 Diskussion

Det är, enligt en representant för SÄS, inte en optimal situation att det är sjukhuset som står för, och finansierar, det föreslagna hemrehabiliteringsteamet. Den lösningen kom till för att man ville möta kommunen någonstans och såg då att det här kunde vara en utväg. "Vi önskade att kommunen skulle ta hela ansvaret" berättar samma respondent och fortsätter med att säga att hon tror att det också kommer bli så i framtiden.

"Jag vet att hemrehabiliteringsteam kommer. Men det kommer vara en kortsiktig lösning som sedan regionen kommer lämpa över på oss", beskriver en representant för en kommunedel. Hon fortsätter med att beskriva att "det som är tråkigt är att det är alltid de (patienter) som är närmast som prioriteras mest" i fråga om teamets lokalisering på sjukhuset. För att teamet ska finnas måste förutsättningar av både kunskap och pengar föreligga. Inom kommunen finns varken kunskap eller pengarna menar en intervjuad. För



representanten är det egentligen oviktigt vem som äger frågan eller i vilken regi den sköts så länge organisationen fungerar väl. En annan representant lyfter fram att det lätt kan bli "vi och dom" mellan huvudmännen. "Man kan många gånger känna att kommunen är B-laget". Om det skapas ett hemrehabiliteringsteam i regionens regi är det viktigt att motverka en sådan känsla då teamet någon gång måste lämna över rehabiliteringen till kommunerna och därmed blir relationerna dem emellan viktiga.

Huvudmannaskapet för hemrehabiliteringsteamerna är också något som diskuterats och där anser några respondenter att det optimala vore om kommunerna kunde bygga upp den kompetensen inom sina organisationer. Det skulle skapa en kontinuitet för patienten och en överlämning mellan huvudmännen skulle därmed kunna undvikas då kommunen tog över hela ansvaret direkt efter utskrivningen. Om inte det kan lösas rent praktiskt öppnar en respondent för en lösning där hemrehabiliteringsteamet från regionen och arbetsterapeut och sjukgymnast från kommunen går sida vid sida ett par gånger för att minska glappet dem emellan när överlämningen väl ska se.

öRent utopiskt skulle man aldrig behöva komma till sjukhuset. Eller korta ner tiden så mycket som bara går och direkt komma hem. Man ska inte behöva komma hit och ha en stor avdelning. Man borde kunna åka hem så snart som möjligt  
En representant från SÄS

## 6 Omvärldsobservationer

I detta kapitel kan läsaren tillgodogöra sig information kring andra vårdinrättningar i Sverige och hur de har arbetat med gränssnittet inom strokesjukvården. Kapitlet behandlar fyra olika enheter som alla har valt att organisera sig på olika vis för att uppnå en god vård. Kapitlet har för avsikt att belysa uppsatsens frågeställning ifrån andra perspektiv och ge läsaren en bild av att det finns många olika alternativ för hur vården kan erbjudas patienterna. Om inte annan källa anges bygger kapitlet på de intervjuer som hållits med företrädarna för organisationen.

### 6.1 Inledning

Detta kapitel baseras på totalt fyra organisationer som alla har genomfört olika lösningar för att strukturera upp sin strokevård. Många lösningar är ganska nya och således lite obeprövade men kapitlet har ändå för avsikt att ge läsaren en större förståelse för alternativ som finns i omvärlden. Urvalet av organisationer har skett genom att lyssna in vad personer inom strokevården tipsat oss om som intressanta och annorlunda sätt att organisera sig runt gränssnittet. I tre av de studerade organisationer har vi genomfört djupare studier medan Umeå fungerar som komplement till de övriga och bidrar med en annan infallsvinkel. Varje organisation presenteras nedan var för sig och jämförs i en tabell i slutet av kapitlet.

### 6.2 Danderyd

Efter intervjuer med företrädare för SÄS, Samrehab i Skene och Kungälv framgick det att Danderyds sjukhus var en av föregångarna när det kom till hur man arbetade med och organiserade strokevården. För att försöka tillgodogöra oss av Danderyds arbete använde vi oss av rapporter och vi genomförde även en intervju med en representant för sjukhuset.

Danderyd har ett upptagningsområde på 440 000 invånare och cirka 800 registrerade vårdtillfällen. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

#### 6.2.1 Strokeenhet

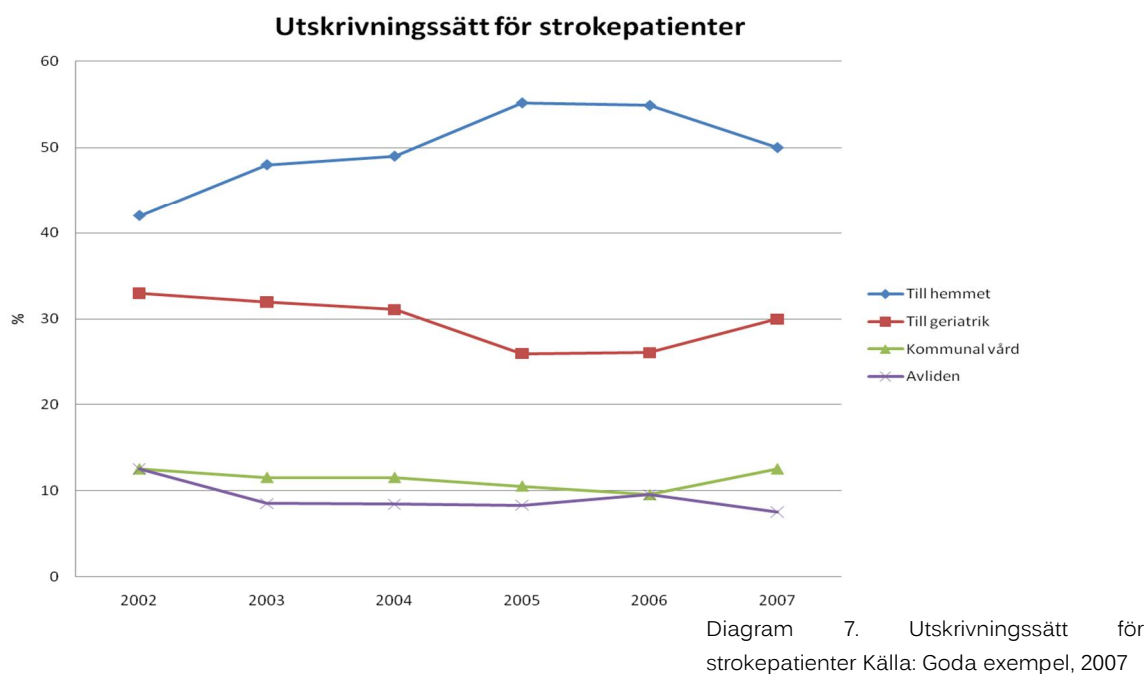
På Danderyds sjukhus finns det en akut strokeavdelning dit patienterna kommer in direkt efter insjuknande. Strokeenheten utgörs av ett multidisciplinärt team bestående av arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, undersköterska, kurator, logoped och sjuksköterska. Patienten får rehabilitering från dag ett med undantag om den kommer in vid helgdagar då det inte finns något vårdteam på plats som kan starta rehabiliteringen. Det kan således leda till att patienten får vänta i flera dagar med rehabilitering. Det finns ett stort önskemål kring att införa ett vårdteam på helger från både patienter och personal, dock upplevs det som en kostnads- och prioriteringsfråga. En av frågorna kring helgarbetet blir hur kompensationen för de som måste jobba på helgen ska se ut och vart resurserna skall tas ifrån.

På strokeenheten blir patienten varje dag bedömd av läkare, undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut som tillsammans tar beslut kring patientens förmåga till hemgång. Det formella beslutet vilar på läkaren även om han/hon tar intryck från de andra professionerna. Processen avslutas med att patienten blir utskriven från strokeenheten, oavsett om det är till hemmet med stroketeam, får fortsatt

rehabilitering på geriatriska kliniken, blir omhändertagen av kommunen eller avlider. (Goda exempel 2007, Danderyds sjukhus)

### 6.2.2 Medelvårdtid

Medelvårdtiden för strokepatienter låg enligt RIKS-Stroke årsrapport 2008 på 13 dagar. Danderyd har idag en medelvårdtid på 5,5 dygn på strokeenheten men då måste hänsyn tas till att vården inom ramen för geriatriken inte är med i de siffrorna. Vården på geriatriken är väldigt individuell men i genomsnitt ligger en patient inne där i 2-4 veckor. Trots att patienterna skrevs ut efter en kort vårdtid kan vi enligt grafen nedan konstatera att mer än 50 procent kan återvända hem direkt, 30 procent hamnar i geriatriken medan det är runt tio procent vardera som antingen får kommunal vård eller avlider. (Goda exempel 2007, Danderyds sjukhus)



Om även geriatriken ska inkluderas i vårddygnet kan en grov skattning göras vilket föranleder att Danderyds sjukhus idag har cirka tio vårddygn<sup>8</sup>.

En uppföljning som gjorts tre månader efter patientens insjuknande i stroke visar att 62 procent bodde i eget boende utan någon kommunal hemtjänst, 23 procent bodde

<sup>8</sup> Beräknat på att;

$$5,5 \times 50 (\%) = 275$$

$$21 \times 30 (\%) = 630$$

$$5,5 \times 12,5 (\%) = 69$$

$$0 \times 7,5 (\%) = 0$$

$$275+630+69= 974, 974/100 = 9,74$$

hemma men hade behov av hemtjänst medan 11 procent bodde på ett kommunalt särskilt boende. (RIKS-Stroke, 2008)

Det är inte bara bildandet av hemrehabiliteringsteam som har möjliggjort det lägre antalet vårddygn utan Danderyds sjukhus har även arbetat med att effektivisera sina interna processer kring strokevården. Den representant vi varit i kontakt med från Danderyd uttrycker att "vi har en gräddfil till geriatriken" Om det kommer en remiss från strokeenheten behöver den aldrig godkännas igen hos geriatriken. Det gör att samma ärende inte behöver bedömas fler gånger och att avdelningarna därmed slipper dubbelarbete och litar på den andres värdering. Sjukhuset har dessutom en "remissregel" som fastslår att om en remiss skickas innan klockan tolv ska det lämnas svar samma dag.

Respondenten uppgav att det ibland kunde kännas att det blir mycket in- och utskrivningar på strokeenheten då patienterna är där så kort tid och att "vi aldrig får se the big picture". Det kan upplevas lite missmodigt att inte få någon uppföljning kring hur det har gått för patienterna och det är ett system som skulle kunna byggas ut för att ge mer återkoppling till personalen.

### 6.2.3 Hemrehabiliteringsteam

Hemrehabiliteringsteam är något som har beskrivits i odelat positiva ordalag av vår kontakt på Danderyds sjukhus. Teamen har sin bas i primärvården där patientens husläkare blir ansvarig för dess utskrivning. Hela Danderyds upptagningsområde har hemrehabiliteringsteam och alla som går hem från sjukhuset får också möjligheten till att tillgå teamen. Danderyd tycker sig kunna dra en parallell mellan teamens framväxt för ett antal år sedan och kortare medelvårdtid. Företrädaren för Danderyds sjukhus upplever det som att sjukhuset litar mer på att patienterna får en fullgod och adekvat vård i primärvårdens regi efter införandet av hemrehabiliteringsteam än innan. Den förändringen möjliggör för sjukhuset att "våga" skicka hem patienter tidigare än vad de gjorde förut då de nu upplever att hemrehabiliteringsteamet har den kompetensen som behövs för att klara ett sådant åtagande. Företrädaren fortsätter, "det känns jätteskönt att veta att patienterna följs upp i hemmet. Det är en trygghet för oss. Genom att det ser likadant ut i hela regionen så blir det jämställt och då blir det en bättre vård". Det är inte bara en fråga om att kunna minska vårddagarna från landstinget sida utan mätningar gör även gällande att patienterna mår bättre av att kunna komma hem och vara hemma i ett tidigt skede.

Det är primärvården som har byggt upp kompetensen kring stroteameten genom utbildning och att anställa erfarna och kompetenta medarbetare på området. Teamen tenderar vara likartat organiserade då de kompetenserna som finns vid strokeenheten på sjukhuset även behövs inom hemrehabiliteringsteamet. Därmed blir utrymmet för variation tämligen begränsat. Respondenten efterlyser dock mer tid för interaktion med teamet; "Jag har aldrig fysiskt sett dom där människorna. Jag skulle vilja träffa personerna lite och få en större förståelse för att veta vilka de olika aktörerna är."

Enligt de undersökningar som genomförs och rapporteras in till kvalitetsregistret tycks patienterna nöjda med den rehabilitering som de erbjuds. Tre månader efter insjuknandet

uppgav 92 procent att de var nöjda eller mycket nöjda med den rehabilitering de fått. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

#### **6.2.4 Relationer**

Danderyd sjukhus arbetar aktivt med att försöka hitta andra boendeformer för patienterna än att stanna kvar inom sjukhusets väggar. Därför sätter sjukhuset ofta stor press på kommunerna för att de skall finna möjligheter för patienterna att antingen komma hem eller få möjlighet att bo en tid på ett korttidsboende. Syftet med detta är, enligt sjukhuset, patientens bästa då de inte skall behöva stanna längre än nödvändigt på sjukhuset. Det upplevs inte som att det finns några problem med relationerna där utgångspunkten är dialog och förstående.

#### **6.2.5 Anhöriga**

För att informera anhöriga lämnar Danderyds sjukhus ut en bok som förklarar det mest grundläggande kring stroke och hur man kan agera och tänka på som anhörig. De anordnar även föreläsningar, av läkare, varje torsdag dit anhöriga kan komma och få reda på mer. Om patienten har skickats hem och har anhörig i hemmet är det hemrehabiliteringsteamet som träffar dem och då får ta den kontakten. Anhöriga ringer också ofta in till sjukhuset med i huvudsak medicinska frågor och då är det jourtid som går åt för att försöka svara så bra som möjligt på det de undrar över. (Goda exempel 2007, Danderyds sjukhus)

### **6.3 Kungälv's sjukhus**

Kungälv's sjukhus har ett upptagningsområde på drygt 100 000 invånare och det är cirka 300 personer varje år som insjuknar i stroke. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

#### **6.3.1 Strokeenhet**

Kungälv's sjukhus följer de nationella riktlinjerna för strokevård och har sedan 1997 en egen strokeenhet. På strokeenheten finns det ett stroketeam bestående av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut och logoped. Rehabiliteringen av patienterna börjar från dag ett dock med undantag av helger då inte sjukgymnast eller arbetsterapeut finns på plats. Att de inte är där på helger upplevs vara en resursfråga då det hade inneburit en extra kostnad. Bortsett från det tror respondenten att det skulle kunna minska vårddygnet om det fanns möjlighet till full rehabilitering även på helgerna. Det är stroketeamet som tillsammans beslutar kring patientens hälsa och när en utskrivning ska ske. Även om det är läkaren som fattar det formella beslutet är upplevelsen att alla i stroketeamet har lika mycket att säga till om.

#### **6.3.2 Medelvårdtid**

I dagsläget har Kungälv's sjukhus i genomsnitt cirka tolv vårddyg, i det räknas då både akutvård och geriatrik in. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008). Patienter som är i fortsatt behov av sjukhusvård men som av olika anledningar inte platsar på geriatriken kan remitteras till någon av de två rehabiliteringsenheter kopplade till Kungälv's sjukhus. De patienter som vårdas på dessa enheter ingår inte i beräkningarna av vårdtiden vilket bör noteras. Dock

är det enligt en företrädare för Kungälv's sjukhus ett ytterst begränsat antal och inte en förklaring till deras relativt sett få vård dygn. Enligt RIKS-Stroke, årsrapport (2008) är det Kungälv som har kortast medelvårdtid i Västra Götalandsregionen och de hamnar på femte plats bland alla Sveriges sjukhus. Tidig utskrivning är något som det hela tiden arbetas med och som är prioriterat inom organisationen.

### 6.3.3 Utskrivning

Vanligast är att patienter skrivs ut till eget boende efter behandling på sjukhuset. Utskrivningen föregås av en vårdplanering tillsammans med biståndsbedömare, patient och ibland även anhörig och sjuksköterska. Tidigare så faxades alla underlag men sedan en tid tillbaka används ett webbaserat gränssnitt där uppgifter som skickas till kommun och primärvård matas in. Detta är något som upplevs som mycket effektivare och smidigare. En uppföljning som gjorts tre månader efter utskrivning visar att 63 procent av patienterna bor hemma utan något behov av hemtjänst, 20 procent bor hemma med behov av hemtjänst och 17 procent bor på ett kommunalt särskilt boende. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

### 6.3.4 Relationer

Företrädare för Kungälv's sjukhus tycker att den kommunala rehabiliteringen borde komma in direkt i systemet med strokevården och inte bara när det är dags för utskrivning. Om det fanns en ständigt pågående dialog mellan region och kommun skulle den relationen kunna fungera smidigare. I dagens läge upplever samma respondent att patienter mycket väl kan hamna i kläm på grund av att det är olika huvudmän. Kompetensen hos kommunerna upplevs generellt som för dålig och varierar dessutom kraftigt från kommun till kommun. "Det kan mycket väl uppstå kvalitetsbrister inom kommunerna", menar representanten för sjukhuset. Att det finns tydliga brister inom kvalitet och kompetens hos kommunerna har gett upphov till att den utskrivningsansvariga läkaren bedömer olika patienter och dess möjlighet till utskrivning olika beroende på vilken kommun patienten tillhör. Konsekvensen av den bristande kompetensen som upplevs hos kommunerna är att patienten blir kvar längre på sjukhuset, som därmed får en längre medelvårdtid. För att försöka komma tillrätta med detta fenomen måste kunskapen hos kommunerna öka menar respondenten. Det är något det arbetas med redan idag då personal från kommunerna bjuds in och utbildas, dock har inte någon uppföljning av det kvalitetsarbetet genomförts ännu.

### 6.3.5 Utveckling

Företrädare för Kungälv's sjukhus menar att "just strokevården tror jag att vi är bra på här". Även när det kommer till mätningar som är gjorda tre månader efter det att patienten har skrivits ut har Kungälv de bästa siffror i regionen uppger respondenten. Det bekräftas av (RIKS-Stroke årsrapport, 2008) där patienterna tre månader efter insjuknandet är till 100 procent nöjd eller mycket nöjd. Den siffran placerar dem naturligtvis i Sverigetopp tillsammans med ett antal andra sjukhus. Trots det stannar inte deras arbete där utan de jobbar hela tiden med att utveckla och förbättra verksamheten. Arbetat pågår med att

förändra inställningen till vården till att bli "här och nu" och inte "dom och sen" som det annars lätt kan bli när kostnader och patienter skickas mellan olika huvudmän.

#### 6.3.6 Hemrehabiliteringsteam

Vid rehabilitering av stroke ställer sig företrädaren för Kungälvssjukhus inte negativ till att införa hemrehabiliteringsteam för att säkerställa kunskap och kompetens vid rehabilitering i kommunerna. Representanten tycker inte att det är önskvärt att blanda in alltför mycket olika kunskaper i en rehabiliteringskedja och menar att "sjukgymnasten som jobbar med stroke skall inte arbeta med knä". Den stora frågan kring teamen kommer enligt respondenten att kretsa kring vem som ska betala, "Min tes är att vi (sjukhuset) kan betala och i och med minskade vårddygn vilket gör att ekvationen går ihop".

### 6.4 Samverkan vid Kungälvssjukhus

I området finns det ett samarbete mellan fyra kommuner (Tjörn, Stenungsund, Kungälv och Ale), Kungälvssjukhus och den offentliga och privata primärvården. Denna samverkan, som kan beskrivas mer som ett nätverk än en organisation, kallas SIMBA<sup>9</sup>. I SIMBAs ledningsgrupp finns varje instans och kommun representerade och de agerar i sin tur på uppdrag från politiken. SIMBA har en egen budget men den går inte till hälso- och sjukvård utan till att finansiera en gemensam resursperson som arbetar som samordnare inom samarbetet.

Anledningen till att SIMBA startades var att det fanns "floder och vallgravar emellan oss" (i fråga om relationen mellan de olika huvudmännen i samarbetet). Syftet blev att patienter inte skulle upptäcka eller uppleva att det fanns några glapp mellan huvudmännen. Samverkan och samordning skulle säkerställa att det inte blev några skarpa gränser och att vården flöt på bra. SIMBA samverkar på fler områden än kring rehabilitering av stroke. Några av de andra områdena som kan nämnas är psykiatri och barn- och ungdomssjukvård.

Samarbetet inom SIMBA har inneburit såväl positiva som negativa effekter. Den möjlighet som ges inom samarbetet till dialog mellan parterna värdesätts högt och skapar en större förståelse för hela vårdförloppet för patienterna. Dock finns en viss ojämnhet mellan parterna där framförallt vissa kommuner är bättre rustade för att ta sitt fulla ansvar medan andra kanske inte klarar det på samma sätt. Samarbetet används dock inte som en arena att utöva påtryckningar från. Respondenten menar att de kommuner som inte håller samma nivå som de andra är väl medvetna om det. Ofta bottnar det i brist på resurser och andra prioriteringar inom kommunerna.

#### 6.4.1 Relationer

De olika parterna har på ett övergripande plan fått större förståelse för varandra via SIMBA, även om det finns brister. En brist är den externa kommunikationen. Om man skulle fråga personalen på sjukhuset skulle inte alla veta vad SIMBA är och vad de gör för

---

<sup>9</sup> Samarbete i Mellersta Bohuslän och Ale

något. Det upplevs dock inte som ett stort problem så länge som samverkan ger verkliga resultat inom sjukvården. För att utveckla samarbetet ännu mer skulle det behövas en ökad kunskap och medvetenhet bland SIMBAs intressenter, annat än på ledningsnivå. Det upplevs inte som helt lätt att ordna en sådan förändring även om det skulle vara önskvärt och kunna leda till en ännu bättre samverkan. Det är viktigt att påpeka att SIMBA inte har suddat ut några ansvars- eller organisationsgränser, utan mer skapat samordning och förståelse för nästa steg i vårdkedjan.

Företrädare för verksamheten ställer sig dock tveksam till om utökad samverkan och utökat samarbete skulle kunna leda till att kommunen till exempel tog emot patienten snabbare än de lagstadgade fem dyggen. "Det enda vi kan göra är att vädja till deras goda vilja". Den specifika situationen tror representanten ofta bottnar i ekonomiska problem och det blir svårt för cheferna längre ner i organisationen att få ihop sina budgetar även om intentionerna finns på ett övergripande plan.

## **6.5 Samrehab - Skene**

Samrehab är en unik samverkan mellan Västra Götalandsregionen (primärvården och Södra Älvsborgs Sjukhus, Skene) och de båda kommunerna Mark och Svenljunga där Marks kommun är den juridiska ägaren. Organisationen samverkar således mellan två olika huvudmän; Västra Götalandsregionen och kommunerna. De två huvudmännen finns också representerade i den nämnd som styr verksamheten och de finansierar den tillsammans där regionen står för ungefär hälften och kommunerna resterande del, baserad på befolkningsunderlaget. Samrehab startades som ett projekt 2001 och blev en permanent verksamhet under 2007. ([www.mark.se](http://www.mark.se))

### **6.5.1 Arbetssätt**

Samrehab arbetar med människor i alla åldrar som har hälsoproblem av den arten att de begränsar rörelse och aktivitet i det dagliga livet. De ansvarar för all rehabilitering som gäller arbetsterapi, sjukgymnastik och hjälpmedel. Samrehab's affärsidé är att alla patienter är "våra" patienter och att ingen patient ska bli hänvisad runt i vårdsystemet. Det sker ingen värdering i vem som ger den nödvändiga insatser eller var den ges så länge det styrs av individens behov och inte av gränser mellan huvudmän.

En av Samrehab's största vinster är att det "bara är ett telefonnummer in". Det räcker för anhöriga eller patienter att endast ha kontakt med en instans för att få den hjälp och guidning som efterfrågas. Det skapas en trygghet och säkerhet hos användaren att om det finns ett behov av rehabilitering är det Samrehab som är utföraren.

I dagsläget arbetar cirka 100 medarbetare med varierande kompetens och erfarenhet. Då all rehabilitering finns koncentrerad på ett enda ställe betyder det att kunskap och kompetens kan byggas upp och föras vidare mellan medarbetarna. Känslan i organisationen blir att Samrehab därmed får ett större gemensamt kunnande än om organisationen hade sett ut på ett annat sätt. Det skapar också en trygghet hos patienten som vet att kompetensen finns i byggnaden och att man därmed kan få adekvat hjälp med sina besvär.



Effekterna av att vara en bra och uppskattad arbetsgivare är något som representanterna lyfter fram då de upplever att kompetent arbetskraft kan lockas till arbetsplatsen. Samrehab säger sig vara kända för att erbjuda en bra och utbyggd kompetensutveckling där den bärande idén har varit att medarbetarna ska känna sig motiverade i sin yrkesroll. Organisationen möjliggör också för medarbetarna att flytta runt inom olika delar av verksamheten då Samrehab spänner över flera delar som tidigare haft olika huvudmän.

En nackdel som påtalades kring samarbetet är problematik kring IT-frågor och journalsystem. Dock påpekades det att det inte är något som direkt påverkar patienten mer än att personalen får gå in i många olika system, där varje system har sin särart, för att få fram information. Det uppfattas också som att Södra Älvsborgs Sjukhus kan glömma att kommunicera ut information kring saker som genomförs som också påverkar Samrehab. Det skapar naturligtvis en oönskad situation när organisationen får reda på saker som beslutats eller diskuterats genom anställda eller media. Detta förklaras till viss del av att den faktiska ägaren för Samrehab är den tvärpolitiska nämnden som inte lyckas få sina organisationer att kommunicera ut direktiv och förhållningssätt.

Företrädare för Samrehab lyfter fram att en av framgångsfaktorena bakom organisationen är deras relativt begränsade upptagningsområde. I och med att de är så pass små kan vinster skapas när man kan samla kompetens på ett enda ställe, något som inte hade varit möjligt om organisationen hade sett annorlunda ut.

### **6.5.2 Stroke**

Samrehab tar hand om ungefär 150 strokepatienter per år. I Samrehab's regi påbörjar patienten sin rehabilitering dag ett såvida det inte är helg då arbetsterapeut och sjukgymnast inte finns på plats. En önskan att börja arbeta med rehabilitering även på helgen finns inte. Företrädarna menar att; "Det är ingen härifrån som säger att om man jobbar helger skapas bättre vård. Man har testat helgtankarna på olika ställen, men det har inte gett något mätbart resultat.". Dock upplever respondenten att det har påbörjats ett arbete med att utreda helgrehabilitering på andra ställen och kanske kan det komma att gälla även Samrehab framöver. Vid ett sådant uppdrag behövs extra resurser för att klara av en i övrigt oförändrad verksamhet.

### **6.5.3 Medelvårdtid**

Skene har enligt RIKS-Stroke årsrapport 2008 en medelvårdtid på nästan 20 dagar. Vid rehabilitering i patienternas hemmiljö består teamet från Samrehab av en sjukgymnast och en arbetsterapeut och möts av samma yrkesgrupper från öppenvården. Då Samrehab har förlängt vårdkedjan och har ansvar för viss rehabilitering i hemmet anses inte medelvärdtiden på sjukhuset vara ett helt relevant mått. För Samrehab spelar det ingen roll om patienten får vård på sjukhuset eller i hemmet så länge som det är optimalt för just den individen. Det har lett till att det eventuella tryck kring att minska medelvärdtiden inte ter sig lika påtagligt inom Samrehab som den kan upplevas på andra sjukhus. Dock upplever företrädare för Samrehab att de får påtryckningar från SÄS för att de har för långa vårdtider. Det pågår också ett arbete med att korta ner dem men

respondenten betonar samtidigt att det inte är en ekonomisk fråga för Samrehab då de har hela rehabiliteringsansvaret.

Tre månader efter insjuknandet i stroke bodde 54 procent hemma utan hemtjänst, 18 procent bodde hemma med hemtjänst och 23 procent bodde på ett kommunalt särskilt boende. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

#### **6.5.4 Utskrivning**

Om/när patienten bedöms som tillräckligt frisk för att åka hem följer ett team från Samrehab med henne ut i hemmet för att fortsätta rehabiliteringen där. Det betyder att Samrehab fortsätter omvårdnaden av patienten även efter det att hon har lämnat rehabiliteringskliniken. På så sätt behöver inte kommunen bygga upp den kompetens som erfordras för att på ett fullgott sätt fortsätta rehabiliteringen i hemmet, något som bedömts som svårt då kommunerna inte har ett så stort inflöde av patienter att någon ackumulerad kunskap kan byggas upp. En respondent tog upp en annan fördel med Samrehab organisering och menade; "hur kan man skriva hem en patient om man inte vet hur den bor?". Den problematiken elimineras hos Samrehab då man har koll på patienternas boendeförhållanden och redan när rehabiliteringen startar kan förbereda patienten på deras unika hemmiljö.

Tre månader efter insjuknande uppgav 94 procent att de var nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

#### **6.5.5 Hemrehabiliteringsteam**

Ett alternativ till Samrehabs organisering av rehabiliteringskedjan för strokepatienter har varit rena hemrehabiliteringsteam. Dock har man kommit fram till att nackdelarna kring en sådan struktur är fler än de eventuella fördelarna. Ett sådant system upplevs som alldeles för sårbart vid semestrar och om någon nyckelperson slutar. På grund av att Samrehab har ett relativt litet upptagningsområde betyder det att det inte skulle vara försvarbart att lokalisera tillräckligt med resurser för att undvika sårbarhet i ett hemrehabiliteringsteam. Företrädare för Samrehab tar också upp det faktum att hemtjänsten träffar patienten oftare än ett eventuellt hemrehabiliteringsteam och de menar att det i så fall är intressantare att få dem att hjälpa till med rehabilitering.

#### **6.5.6 Anhöriga**

Samrehab arbetar mycket med att få med anhöriga och att skapa förståelse kring hur de bäst kan förhålla sig till den nya situationen det innebär att leva med en strokedrabbad person. En del av vården är den stora hjälp patienten kan få an dens anhöriga och om hela den biten skulle falla bort ur vårdsystemet skulle det kosta otroligt mycket pengar för samhället.

De anhöriga i Samrehab's upptagningsområde är redan väldigt delaktiga i de fall där de orkar och kan, menar en respondent. Dock finns det möjligheter för vården att erbjuda de anhöriga ännu mer stöd i form av utbildningar och likande för att underlätta för dem. Det poängteras också att allt för mycket ansvar inte kan belasta de anhöriga då de ofta är gamla och sjuka själva.

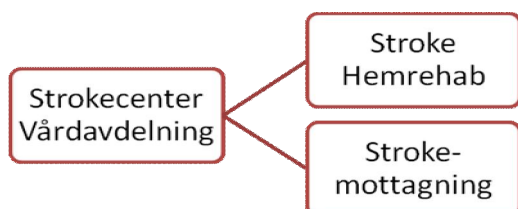
### 6.5.7 Utveckling

Samrehab kommer att fortsätta med att arbeta i team som de har gjort kring strokevården och även se på hur det kan göras bättre. Annars styrs mycket av Samrehab's processer av det som händer i hela Västra Götalandsregionen och på SÄS. En företrädare för Samrehab lyfter fram att en av framgångsfaktorerna bakom organisationen är storleken, att de är relativt små. Det gör att vinster kan skapas när enheter blir större och därmed kan servicenivån stiga utan att det för den delen behövs mer resurser.

### 6.6 Umeå

Umeå sjukhus, en del av Västerbottens läns landsting, har ett upptagningsområde på 143 390 personer och behandlade 326 patienter under 2008. Umeå är dessutom ett av de sjukhus i landet som behandlar flest patienter på strokeenhet. Vårdtiden ligger på cirka 12 vårddygn i akutskedet och sedan ytterligare cirka 11 vårddygn på den rehabiliterande eftervården. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008)

Umeå sjukhus har valt att efter den avslutade eftervården i slutenvården följa med patienterna hem genom rehabilitering i hemmet. Detta då de ser det som ett bra alternativ till vård på sjukhus eftersom det har bevisat bättre effekt på patienterna. Effekten av hemrehabilitering har gynnsamma följder vid rehabilitering av stroke oavsett ålder, kön och samboende/ensamstående. Arbetet med lösningen initierades 2005 och under 2009 omorganiserades verksamheten enligt bilden nedan. (Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför?, 2009)



Figur 11. Organisation för strokevården på Umeå sjukhus. Källa: Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför?. 2009

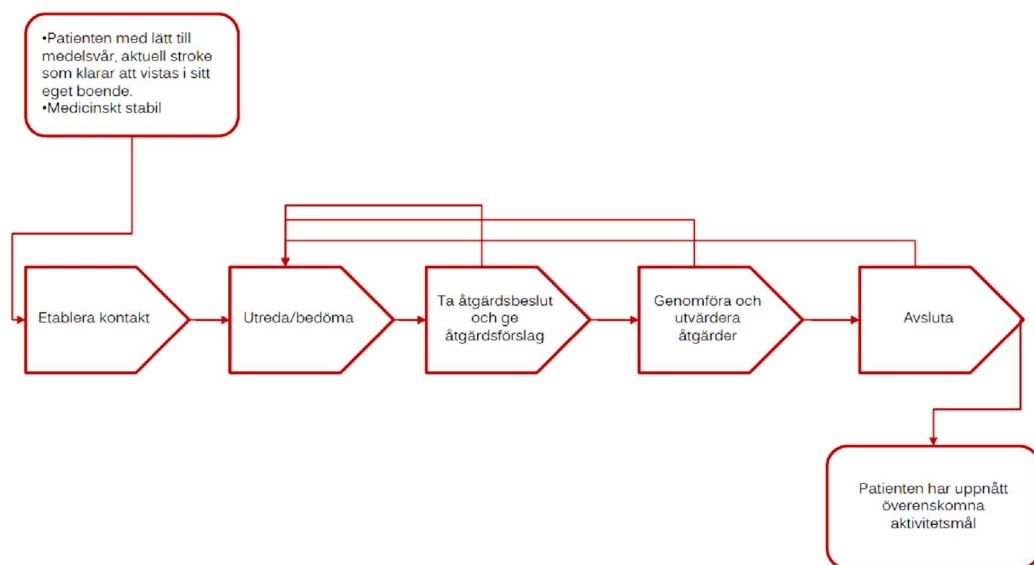
Strokehemrehabsenhetens syfte är att;

- Kunna förkorta vårdtider på sjukhuset
- Erbjuder rehabilitering i hemmet för dem som inte längre är i behov av sjukhusvård, men som fortfarande behöver frekventa insatser av rehabiliteringspersonal.
- Vara ett stöd för patient och närstående den första tiden hemma.

(Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför?, 2009)

Vidare specificeras deras målsättning som att kunna ge strokepatienter individuell rehabilitering i hemmet efter akutskedet och att hemrehab ska vara ett led i strokevårdkedjan.

Teamet vänder sig till alla patienter, unga som gamla, som skrivs ut till hemmet och är i behov av rehabilitering. De resurser som teamet innehar är 2 arbetsterapeuter, 2 sjukgymnaster, 0,9 sjuksköterska, 0,5 kurator och 0,25 läkare. De övriga som ingår i stroketeamet på sjukhuset finns tillgängliga för konsultation.



Figur 12. Processkarta för rehabiliteringen för strokepatienter vid Umeås sjukhus.

Källa: Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför?, 2009

Under 2008 vårdades 134 patienter inom hemrehabiliteringen där medelantalet dagar per patient var 23. Beräkningar utförda av sjukhuset själva visar på att en vård dagskostnad på strokeenhet kostar 4 859 kr vilket kan jämföras med kostnaden per hembesök som ligger på 1 143 kr. (Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför?, 2009)

Som alla modeller så finns det både fördelar och nackdelar med det system som Umeå sjukhus bedriver. De som listats som fördelar är;

- Förkortar medelvårdtiden
- Minskat aktivitetsberoende
- Minskat behov av kommunalt särskilt boende
- Fler patienter är nöjda med denna vårdform jämfört med patienter som vårdas på sjukhus.

De som listats som nackdelar är;

- Patienter med svår stroke kan inte erbjudas tidig utskrivning, Vetenskapligt underlag saknas
- Svårt att organisera i glesbygd - längre avstånd.

(Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför?, 2009)

## 6.7 Sammanfattande bild

Nedan är avsikten att i tabellform sammanfatta de olika alternativ som presenterats ovan. Samtliga siffror är hämtade ur RIKS-Strokes årsrapport 2008.

	Danderyd	Kungälv	Skene	Umeå	SÅS
Modell	Hemrehabteam	Samarbetsnätverk	Sam organisation	Hemrehabteam	Gränssnitt
Vård dygn (akut och eftervård på sjukhus) <sup>10</sup>	13	12,5	19	23	20,5
Upptagningsområde	440 400	115 000	44 160	143 390	155 000
Antal vårdtillfällen/år	797	245	119	326	454
Antal patienter i hemmet med eller utan hemtjänst, 3 månader efteråt	84,6 %	83,2 %	71,4 %	82,2 %	75,3 %
Andel nöjda patienter med rehab. 3 mån efteråt.	92,2 %	100 %	94,4 %	93,6 %	96,6 %
Lösning funnits i mer än 5 år J/N	Ja	Ja	Ja	Nej	N/A
Utförande huvudman i öppenvård	Primärvården	Kommunal	Sammanlagd organisation	Sjukhuset	Kommunal

Tabell 3. Jämförelse mellan de olika sjukhusen.

<sup>10</sup> Vård dygnstiden har tagits ifrån RIKS-Stroke rapport 2008 för att finna en jämförbarhet mellan de olika enheterna.

## 7 Analys

Kapitlet ämnar analysera och diskutera kring fallstudieorganisationen. Kapitlet är uppbyggt utifrån den empiriska insamlingen och går således på ett systematiskt sätt igenom de identifierade del processerna inom processen för vård i gränssnittet mellan de två huvudmännen.

### 7.1 Inledning

Syftet med studien är att se på hur gränssnittet mellan sjukhusvård och eftervård för strokepatienter kan effektiviseras. I den empiriska studien har processer i gränssnittet identifierats och presenterats. Vidare har även andra exempel från omvärlden lyft fram där liknande processer har studerats för att inhämta inspiration till studieorganisationen. Ambitionen i analysen blir att, med bakgrund av de teorier kring processer, lean, TPS och samverkan som presenterats, förklara hur processen i strokevården kunnat förändras och förbättras för den aktuella studieorganisationen.

### 7.2 Den första rehabiliteringen på strokeenhet

Den inledande delen av rehabiliteringen för strokepatienter sker på sjukhusets strokeenhet. Tanken är att rehabiliteringen ska starta redan första dagen på sjukhuset då det enligt bland annat det regionala vårdprogrammet för stroke i Västra Götalandsregionens har visat sig att ha en gynnsam effekt på förloppet för tillfrisknande av stroke. Eftersom rehabiliteringspersonalen endast arbetar under kontorstider tar de inte hand om patienter som kommer in under veckoslut och andra helgdagar vilket gör att det kan uppstå ett visst glapp i den processen med onödig väntetid som följd. I detta skede skulle det kunna antas att det uppstår en viss oönskad variation i flödet (jmf. Mura). Som Jacobsson (2010) noterar är det en central del att reducera mura för att skapa värde och minska slöseri inom processen. Dock upplever inte den operativa personalen att det skapar en särskilt stor ojämnhet i processen att inte arbeta helger. Det beror till stor del på att patienter kan få grundläggande träning av sjuksköterska även utanför kontorstid för att jämna ut flödena. Att arbetsbelastningen skulle vara betydligt högre på måndag än fredag är heller inget som framkommit under studiens gång. Diskussioner har förts om det skulle kunna finnas behov av att utreda patienters behov av rehabilitering under helgerna då en fullt utbyggd rehabiliteringsverksamhet sju dagar i veckan inte förordas av en respondent. En problematik som går att finna, men som inte upplevs inom organisationen, är det faktum att det finns kapacitet att rehabilitera även på helgerna i form av olika träningsredskap, lokaler etc. Detta ger upphov till överkapacitet (jmf. Jacobssons, 2010, diskussion om slöseri) som annars hade kunnat användas under hela veckan. Mycket pekar på att det är resurstungt att bedriva rehabilitering under hela veckan, detta då mer personal sannolikt behövs. Ingen av de organisationer som har undersökts använder sig idag av rehabilitering på helgerna. Dock påpekar flera, om man ej tar hänsyn till kostnaderna, att rehabilitering på helger skulle kunna komma att ge en positiv effekt för patienternas tillfrisknande och således minska vårddygnet.

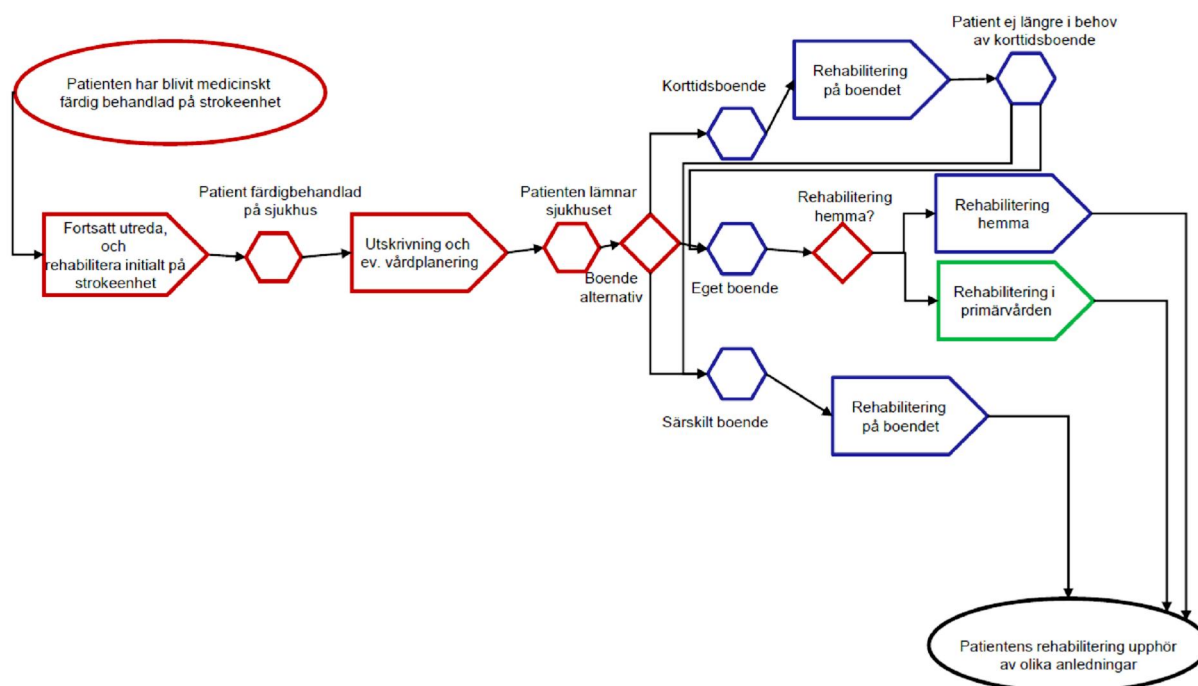
Ett annat potentiellt slöseri som skulle kunna uppstå är, som bland annat Fillingham (2007) noterar, onödiga transporter mellan avdelningar på sjukhuset. Dock ter sig inte

detta vara ett stort upphov till slöseri inom rehabiliteringen då strokeenhetens placering är i direkt anslutning till sjukhusets rehabilitering.

Det arbete som sker på strokeenheten i de multiprofessionella teamen uppskattas internt av såväl administrativ- som klinisk personal. En av framgångarna vid bildandet av team och arbetet därinom är den gemensamma målbild som måste delas av medlemmarna i teamet (Fletcher, 2008). I det övergripande perspektivet tycks alla medlemmar i stroketeamet ha den gemensamma målbilden klar för sig, patientens tillfrisknande. Däremot verkar det kunna uppstå en konflikt inom teamen då det gäller att bedöma om patienterna är reda att lämna avdelningen. Arbetet i teamen är dessutom, som även Jacobsson (2010) beskriver, en möjlighet att jämna ut processen och skapa ett bättre flöde och minska belastningen på den enskilde. Teamen upplevs också skapa kontinuitet, och erfarenhet som sprids i teamen gör gruppen stark och inte individberoende.

### 7.3 Utskrivning

Utskrivningen är den process som sker när huvudmannskapet övergår från sjukhuset till vård i antingen kommunen eller primärvården. Det finns en rad olika alternativ för vart patienten kan gå efter att hon är färdigbehandlad. Nedan har en processkarta (Ljungberg och Larssons 2001) skapats för att tydliggöra processen och försöka identifiera var och huruvida det finns förbättringar (Thor, 2002; Fillingham, 2007) inom såväl muri, mura som muda. (Jmf. Womack, lean.org)



Figur 13. Processkarta över SÄS rehabiliteringsprocess. Källa: Egen

För att arbeta med förbättringar inom processen enligt tankegångarna inom lean (jmf bl.a. Womack & Jones, 2003) är det viktigt att först precisera och definiera kundvärde, i detta fall patientvärde. Det står relativt klart att organisationen vet vad som genererar

kundvärde, åtminstone i ett bredare perspektiv. Det är att patienten får så snabb och effektiv vård som möjligt. Det finns, som vi identifierat, en stor tilltro till de riktlinjerna som socialstyrelsen utfärdar.

Ett av de slöserier som identifierats i processen ovan är det som Hicks (2007) betecknar som väntan. Enligt de bestämmelser som reglerar samarbetet och samverkan mellan de två huvudmännen uppstår en karenstid från den tidpunkt då sjukhuset anser sig färdiga med patienten tills dess att kommunen övertar ansvaret för rehabilitering och boende. Indikationer finns på att båda parter använder karenstiden mot varandra. Kommunen upplever att sjukhuset påbörjar utskrivningen innan den medicinska behandlingen är klar för att minska tiden mellan färdigbehandling och att patienten lämnar sjukhuset. Samtidigt avvaktar kommunerna och utnyttjar sina dagar för att inte behöva ta emot patienterna i förtid. Detta är något som parterna berättar om varandra men inget som de själva bekräftar. Den väntan som uppstår blir slöseri inom processen (jmf. Jacobsson, 2010, Fillingham, 2007) då patienten måste vänta onödigt länge på att få vård i till exempel hemmet.

Det kan även uppstå slöseri i processen då sjukhuset inte känner sig säkra på att patienten kan få tillfredsställande vård i hemmet eller i andra boendeformer varför de behåller patienterna en extra tid för att deras nivå av rehabilitering skall öka. Denna typ av slöseri skulle kunna tolkas in under det som Hicks (2007) kallar överproduktion då patienten får onödig vård, eller åtminstone onödigt dyr vård, då det saknas tillräckligt förtroende för vissa kommundelar och dess kunskapsnivå. Inom vården i Danderyd upplevs inte detta slöseri särskilt betydande, mycket tack vare att behovet och utnyttjandet av karensdagarna är begränsat. Det i sin tur beror till stor del på det förtroende som slutenvården har för den huvudman som ansvarar för rehabiliteringen i eftervården. Inom Samrehab är också detta slöseri begränsat då patienten aldrig övergår från en vårdgivare till någon annan utan flyttas när den samlade organisationen finner det lämpligt. Dock kan noteras att slöseriet inom Samrehab kan kvarstå om patienten stannar onödigt länge på sjukhuset då det minskar värdet för patienten att inte omgående få rehabilitering i hemmet vid de tillfällen det är möjligt.

Själva utskrivningsförfarandet kan i värdekedjeperspektivet likställas vid det som Porter (1990) betecknar som stödjande aktiviteter i värdekedjan. Det tillför inte något direkt värde till patienten i termer av tillfrisknande men är å andra sidan en viktig del i den totala värdekedjan för rehabilitering.

En effektivisering som skett inom processen runt utskrivningen är tillvägagångssättet att sammankalla till vårdplanering. Idag faxas handlingar mellan huvudmännen vilket både kommunen och sjukhuset finner har haft gynnsamma effekter på arbetet och ett sätt att minimera slöserierna. Effektiviseringar vid själva kallelseförloppet är något som även andra parter tidigare upplevt som en källa till minskningen av slöseri.

Det Womack och Jones (2003) m.fl. argumenterar för kring att skapa jämna flöden eller minska variationerna, är komplicerat att tillämpa på processen kring utskrivningar vilket bland annat Åhlström (2004) noterar. Åhlström (2004) nämner att det vore önskvärt att



ställa om processerna inom sjukvården från push till renodlade pull verksamheter. Eftersom det alltid är sjukhuset som meddelar kommunerna när deras patienter är redo att flyttas över och framåt i värdekedjan uppstår ett push av patienterna ut till kommunerna. En situation där kommunen meddelar sjukhuset när de önskar ta emot patienterna verkar oerhört svårt att genomföra, och knappast önskvärd då det torde påverka andra delar av vårdkedjan än mer och skapa förutsättningar för opportunist.

Arbetet med vårdplaneringsteam och dess del för utskrivningsprocessen berörs närmare nedan (se stycke 7.5). Det som framkommit under intervjuerna har varit att arbetet med teamen har underlättat samarbetet då en standardisering skett där samma personer alltid deltar. Detta kan jämföras med det som Liker (2004) nämner om standardiseringar som verktyg för förbättring inom processer.

#### 7.4 Medelvårdtid

Socialstyrelsens rekommenderar i "nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009" att en tidigare utskrivning av patienter med milda till måttliga symtom kan ske under förutsättning att det finns möjlighet för patienten att få rehabilitering av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med kunskap inom strokesjukvård. Det har satt fart på diskussionerna kring en tidigare hemgång och gjort arbetet ännu mer prioriterat för SÄS. Medelvårdtiden påverkas, enligt Fillingham (2007), av onödiga slöserierna inom processerna. Väntetider som slöseri tycks inte vara ett problem och en processtörning i någon större utsträckning i strokeprocessen, något som annars är vanligt förekommande inom framförallt den planerade vården (jmf, Jacobsson, 2010). De områden där det blir intressant att se till slöseri är just inom eftervården och kring medelvårdtid. I arbetet med medelvårdtid har de olika organisationerna som studerats kommit olika långt och deras lösningar på den här problematiken ser olika ut. Danderyd har kommit långt i det arbetet och har en medelvårdtid enligt RIKS-Stroke årsrapport 2008 på 13 vårddygn, varav 6,5 från den akuta delen, en siffra som i dagsläget är nere på cirka 5,5 dagar. Danderyd har arbetat mycket med att identifiera slöserier i sina interna processer för att skapa ett smidigare förlopp för patienten (se lean, Liker & Jones, 2003) där en identifikation av icke värdeskapande aktiviteter, muda (Womack – [www.lean.org](http://www.lean.org)) har varit bärande.

Det förefaller finnas ett tämligen tydligt mönster där viljan och förmågan att skriva ut patienter i ett tidigare skede ökar om sjukhuset på något sätt kan säkerställa att kompetens och kunnande finns inom nästa del av vårdkedjan, rehabiliteringen. Hicks (2007) tar upp åtta typer av slöserier som kan förbättras i processen inom ramen för muda där punkt fyra, extra arbete, och punkt fem, korrigeringar blir särskilt relevanta i detta fall. Dessa punkter innebär enligt Fillingham (2007) och Jacobsson (2010) att det uppstår olika former av kvalitetsproblem inom processer då det sker variationer inom tillverkningen av utförda tjänster. Variationerna i det har fallet blir då den skillnaden i kvalitet på rehabilitering som kan uppstå när sjukhuset lämnar över patienten till annan vårdgivare.

öVi kan inte lämna ut patienten till ingentingö Respondent SÄS.

Ett intressant uppslag är att se på de båda samverkansorganisationerna SIMBA vid Kungälv's sjukhus och Samrehab i Skene för att utröna om något av deras arbete blir

relevant för det framtida arbetet med minskade medelvårdtider på SÄS. Kungälv har enligt RIKS-Stroke årsrapport 2008 den kortaste medelvårdtiden i Västra Götalandsregionen och Samrehab en av de längsta. Båda organisationerna bygger på samverkan och att minska eller helt ta bort gränssnittet mellan de olika huvudmännen som är involverade i vården, men de har fått helt olika utfall när det kommer till medelvårdtid.

I arbetet med tidigare utskrivning har Kungälv uppnått bättre mätbara resultat än Samrehab. SIMBA som mer har formen av ett nätverk än en egen organisation kan vara en av förklaringarna bakom framgångarna. En annan framgångsfaktor kan vara att SIMBA inte bara samverkar kring rehabilitering utan även andra områden vilket kan ha skapat en kultur av samarbete och förståelse för de olika parterna i samarbetet. Att skapa en ökad interaktion mellan parterna som samverkan är ett av de tre sätten som Rousseau et al (1998) har identifierat för att skapa förtroende. Det gör att sjukhuset på ett mer omfattande sätt både kan lita på och kontrollera att kommunerna har den kompetensen som krävs kring rehabiliteringen av stroke. Det i sin tur föranleder och möjliggör en utskrivning i ett tidigare skede.

Samma situation har identifierats på Danderyds sjukhus där det finns en lång historia av kompetens kring rehabilitering inom hemrehabiliteringsteam. Där har sjukhuset under en lång tid kunnat känna sig trygga med eftervården och på ett betydande sätt kunnat se hur, och på vilket sätt, hemrehabiliteringen sker för att säkerställa att patienten får adekvat rehabilitering.

Mycket av den osäkerhet som identifierats i intervjuerna bottnar just i att rehabiliteringspersonalen känner att de inte har möjlighet att på ett fullgott sätt behandla patienten färdigt. Om personalen kan känna trygghet i att kunskap finns i nästa steg av vårdkedjan skulle det vara lättare att i ett tidigare skede känna sig klara med patienten. Läkarna, som har det medicinska ansvaret för patienten, upplever inte samma problematik vilket kan tyda på att det är oron för den fortsatta rehabiliteringen som är en central del att lösa för att lyckas minska medelvårdtiden.

## 7.5 Relation

Något som identifierats under arbetets gång är relationernas betydelse mellan de olika aktörerna inom värdekedjan. Precis som Liker (2004) berört kring leankonceptet är det viktigt att aktivt arbeta med att ha en förståelse och samverka med parterna utanför organisationens egen process. Samverkan mellan de två aktörerna regionen och kommunen påminner i sin utformning mycket om ett inter-organisatoriskt samarbete (jmf Dekker, 2004) där båda parterna behöver samverka för att kunna nå ett gemensamt mål, i det här fallet en frisk patient. Det kan noteras att det upplevs finnas viss problematik inom processen för vård och rehabilitering av strokepatienter då flera huvudmän är involverade i helheten, vilket samstämmer med den problematik som Womack och Jones (2003) funnit kring detta. För att på ett framgångsrikt sätt uppnå ett så bra flöde i processerna som möjligt (jmf. Jacobsson, 2010) menar Womack och Jones (2003) att det är viktigt att ha samstämmiga mål och att värde definieras på likvärdiga sätt mellan de olika organisationerna i processen. Att bristen på gemensamma mål skulle skapa ett problem i

relationen mellan kommunerna och SÅS är ingenting som kunnat identifieras, det verkar tvärtom finnas en tydlig uttalad målkongruens kring att patienternas välmående alltid kommer i främsta rummet. Att en tydlig målkongruens finns mellan parterna eliminerar till viss del behovet att styra varandra med handlingsstyrning (Das & Teng, 1998). Dekker (2004) noterar också att den sociala styrningen mellan parterna i samarbete underlättas om det finns en gemensam historia med tydliga gemensamma mål. Det finns däremot många andra exempel på att relationen och förhållningssättet mellan parterna i samarbetet har tydliga inslag av handlingsstyrning via uppdragsbeskrivningar och förordningar från framförallt politiskt håll samt från myndigheter (jmf. Merchant & Van der Stede, 2007).

Det som kan observeras är att det finns en avsaknad av förståelse för varandras del i vårdkedjan och i vissa fall har dessutom brister i förtroende för varandra kunnat identifieras, vilket skapar problem i relationen mellan de två parterna (Dekker, 2004; Rousseau et al, 1998). Det finns en misstänksamhet kring att parterna agerar opportunistiskt för att spara in kostnader, och många gånger finns det minnesbilder hos representanterna från verksamheterna kring de andra huvudmännens försök att inte ta "sitt ansvar" i kedjan. Rousseau et al (1998) identifierade att förtroende tar långt tid att bygga upp och går snabbt att radera. Att det finns en misstänksamhet som går tillbaka ett tag i tiden blir således ett problem som behöver hanteras inom relationen mellan huvudmännen. Ett sätt att överbygga relationerna och styrka samverkan har varit de vårdplaneringsteam som införts för att skapa kontinuitet inom samverkan. Att arbeta på det sättet har visat sig vara framgångsrikt och ligger i linje med det Rousseau et al (1998) nämner kring vikten av att skapa framgångsrik samverkan mellan parterna. Rousseau et al (1998) nämner också att ett sätt att bygga relationer och skapa förtroende är att skapa arenor utanför den dagliga verksamheten där medarbetarna kan mötas, utbyta erfarenheter och lära känna varandra bättre. Flera respondenter har varit inne på att den typen av samverkan där man kan träffas utanför den dagliga verksamheten skulle vara väldigt uppskattat och något som i en ökad utsträckning borde genomföras. Ett av problemen som identifierades hos Danderyd och dess lösning var just avsaknaden av fysiska möten mellan de olika huvudmännen. Det finns också mycket som pekar på att om det skulle finnas en tydligare samverkan mellan parterna skulle det möjliggöra en tidigare utskrivning från en huvudman till en annan. (se stycke 7.4. ovan)

Av de organisationer vi studerat har många valt olika sätt att kommunicera och bygga broar mellan varandra. De lösningar som vi observerat tenderar att fokusera på att förlänga en av huvudmännens värdekedja (jmf Porter, 1990) för att minska behovet av samverkan mellan parterna. Många av parterna har dessutom inbegripit fler delar än just rehabiliteringen av strokevården som ett led i ett utökat samarbete. Något annat som identifierats är att behovet av samverkan kan uppstå på flera olika organisatoriska nivåer. Inom Kungälv och deras nätverk kring samverkan är det främst den högre ledningen och ägarna som är representerade medan man inom till exempel Samrehab har valt att samordna de operativa delarna av verksamheten för att övervinna det gränssnitt som annars kan uppstå.

Då Borås Stad och dess rehabilitering är uppdelade i tio stadsdelar påverkar det och skapar viss problematik kring relationerna och dialogen mellan huvudmännen. Har man flera parter inom ett interorganisatoriskt samarbete kan det försvåra om olika målbilder och intentioner finns. Det ter sig tydligt att framförallt sjukhuset finner situationen med flera kommunala huvudmän som komplicerad och svårhanterlig.

## 7.6 Anhöriga

Av svaren från respondenterna att döma verkar det som att arbetet med att informera de anhöriga aldrig blir riktigt färdigt, det går alltid att göra mer. Idag arbetar SÄS med att ge adekvat information i olika skeden av patientens sjukdomsbild men också med öppna föreläsningar där de anhöriga även kan träffa andra i samma situation och därigenom utbyta erfarenheter. Verksamheten upplever trots det att de anhöriga skulle önska, och i vissa fall behöva, mer information. En lösning inom Danderyd sjukhus är att låta läkarna hålla olika former av föreläsningar. Det kan göras för att skapa ett ökat mervärde för anhöriga då det visat sig att många av de anhörigas frågor på SÄS bäst kan besvaras av läkare. Ett av de typer av slöseri som Hicks (2007) berör är outnyttjad kreativitet. Begreppet syftar huvudsakligen till att prata om en organisations möjligheter att nyttja den kreativitet och vilja som finns inom organisationen. Vi ser dock, om man väljer att se den rehabilitering som de anhöriga är behjälpliga med som en förlängning av värdekedjan, att det uppstår slöseri vid bristande information och stöttning till de anhöriga. Genom ökade insatser bör detta slöseri kunna minskas, vårdprocessen påskyndas och värdeerbjudandet till patient förstärkas.

Frågor och funderingar uppkommer också efter det att patienten har blivit utskriven och befinner sig i hemmet. Det är då upp till den personalen som möter de anhöriga där att finnas till och bistå med den informationen som behövs, en del av det arbetet blir också att hänvisa de anhöriga till rätt instans för att de ska få svar på sina frågor.

De anhörigas insats inom vården i allmänhet och strokevården i synnerhet är naturligtvis oerhört värdefull och, som någon respondent var inne på, sparar enorma resurser åt sjukvården och omsorgen varje år. Det förefaller därför tämligen intressant att försöka ge de anhöriga fler verktyg för att bli en ännu mer värdefull del av patientens rehabilitering. Om anhöriga fick mer och bättre information om dels stroke som sjukdom och om dels den aktuella patientens tillstånd skulle möjligheten för den anhörige att finnas till för patienten och hjälpa patienten öka ännu mer.

De anhörigas hjälp är inte en effekt som kan kalkyleras med i vården men i vissa fall är det ändå en realitet och något som borde tas i beaktande. Om det skulle skapas ett ökat informationsutbyte mellan rehabiliteringspersonalen och anhöriga där patientens utveckling och tillstånd stod i fokus och ständigt uppdaterades skulle det kunna tänkas att den anhörige kunde följa med i patientens framsteg och därmed på ett aktivare sätt finnas med och hjälpa till längs med vägen. Det skulle sannolikt inte bara leda till att den anhörige i mindre utsträckning upplever att den inte får tillräckligt med information utan också att den anhörige på ett mer aktivt sätt kan hjälpa patienten med det den för ögonblicket behöver hjälp med. I förlängningen kan konsekvensen bli att den anhörige

kan bli en aktivare del av rehabiliteringskedjan. Även om det inte kan ersätta den rehabilitering som sker inom ramen för vården och omsorgen idag kan verkligheten bli att behovet av hemrehabilitering kan minska.

I detta sammanhang är det viktigt att klargöra diskussionerna kring anhöriga inte syftar till att lägga över en större del av det ansvar som vården har av patienterna på de anhöriga. Essensen är att det förefaller som att ökad tillgång till uppdaterad och adekvat information först och främst kan öka tryggheten och stärka säkerheten kring patientens situation för de anhöriga. I förlängningen kan det sedan komma att gynna patienten då förutsättningarna för de anhöriga att hjälpa till ökar. Flera respondenter bekräftar bilden av att det kan hjälpa patientens rehabilitering om anhöriga just hade en mer omfattande information liknande det som beskrivits ovan. Det skulle vara till gagn för både anhörig och patienten.

### 7.7 Hemrehabilitering

Då en tidig hemgång med fortsatt rehabilitering av multidisciplinärt team förordas inom de medicinska råden blir det naturligt att överväga hur en sådan organisering skulle kunna se ut på SÄS. För att teamen ska bli framgångsrika är det enligt Fletcher (2008) viktigt att skapa en tydlig målbild. Thor (2002) är också inne på att det behövs hjälp av flera professioner inom vården för att kunna driva ett bra förbättringsarbete. Tanken med hemrehabiliteringsteamerna är att skapa en organisation där alla kompetenser som finns inom strokeenheten också kan finnas tillgängliga vid rehabilitering.

På SÄS har beslut fattats kring att hemrehabiliteringsteam skall införas på försök. Både den fysiska basen för teamen och finansieringen kommer av allt att döma ske via sjukhuset. Den diskussion som pågår handlar om att SÄS vill att kommunerna ska vara med och ta en större del av ansvaret för de tilltänkta rehabiliteringsteamerna. Att det i det initiala skedet blir regionen som agerar huvudman beror på både kommunernas och regionens bedömning att den kompetens och kunnandet som krävs för att klara ett sådant ansvar inte är något som kommunerna idag besitter. Flera respondenter uppger dock att det optimala vore om huvudmannskapet för rehabiliteringen skulle övergå till kommunerna när den adekvata kompetensen finns i de organisationerna.

Det verkar för oss som att mycket av diskussionen baseras på att det är kommunerna i SÄS upptagningsområde som bär ansvaret för rehabiliteringen och det känns därför naturligt att de då även ska ha hand om hemrehabiliteringsteamerna. I ljuset av den genomförda omvärldsanalysen blir de slutsatserna inte lika självklara under förutsättning att det går att finna en lösning på finansieringsfrågan mellan parterna.

Danderyd har under en lång tid arbetat med hemrehabiliteringsteamerna och funnit framgång i det. Hemrehabiliteringsteamerna är något som varit med och bidragit till att de lyckats uppnå en så pass kort medelvårdtid som de har. En intressant infallsvinkel från Danderyd är att de inte har valt en organisation ute i kommunerna, som diskuterats på SÄS, utan istället låtit den i stora delar landstingsstyrda primärvården sköta hemrehabiliteringsteamerna. En av framgångsfaktorerna bakom det upplägget tycks vara

det faktum att det finns ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att stödja en sådan organisering och frågan blir därför om SÄS har de förutsättningarna som krävs.

Tre månader efter insjuknandet i stroke och efter rehabilitering från hemrehabiliteringsteamet kan 62 procent av de undersökta patienterna i Danderyd bo hemma utan någon hjälp av hemtjänst. (RIKS-Stroke årsrapport, 2008) Enligt samma undersökning är motsvarande siffra för SÄS 53 procent. Det kan naturligtvis ha många olika orsaker men en möjlig anledning kan vara att hemrehabiliteringsteamet har en inverkan i att skapa mer självständiga och friska människor.

Umeå sjukhus har ett upptagningsområde som mer liknar SÄS. I Umeå har man sedan 2005 hemrehabiliteringsteam som organiseras av och baseras på sjukhuset. Tanken är att möjliggöra tidigare utskrivning genom att efterlikna vården på sjukhuset i hemmet genom teamen. Tanken är inte att hemrehabiliteringsteamet ska vara ett komplement utan bidra med precis lika mycket som rehabiliteringen på sjukhuset gör. På så sätt har man förlängt värdekedjan (Porter, 1990) och beskriver att det skapat ett ökat kundvärde. Det förefaller som en intressant lösning för SÄS vidkommande och en organisering likt Umeås tycks möjliggöra ett kunskapsuppbyggande som hade varit svårt att frambringa i de olika kommunerna. Vid hemrehabiliteringsteam som tar sin utgångspunkt på sjukhuset verkar användandet av resurser kunna ske mer effektivt genom att det är samma personal på strokeenheten som i hemrehabiliteringsteamet. En situation med flera och splittrade kunskapscentra och expertorganisationer kring stroke kan undvikas. En koncentration av kompetensen kan också underlätta informationsflödet till både patient och anhörig då de alltid vet vart de ska vända sig och att den eftersökta kompetensen alltid finns där.

Då kommunerna i SÄS upptagningsområde, som vi tidigare varit inne på, har rehabiliteringsansvaret och idag sköter all rehabilitering utanför sjukhuset blir det därför intressant att se på hur finansieringen skulle kunna lösas. Det ter sig som att det är finansieringsfrågan som ligger till grund för att det finns en upplevelse kring att det är kommunerna som borde ta ansvar för hemrehabiliteringsteamet. Det är också en fråga som måste lösas innan hemrehabiliteringen eventuellt blir en permanent lösning på sjukhuset.

Målsättningen med hemrehabiliteringsteamet är att skapa kundvärde eller patientnytta beroende på vilket begrepp som används (jmf Womack & Jones, 2003; Porter, 2006). Detta sker då teamen möjliggör en tidigare utskrivning vilket i sin tur har visat sig gynna patienternas fortsatta utveckling. En tidigare utskrivning leder också till en kortare medelvårdtid på sjukhuset och därmed färre vårddygn vilket då innebär att vårdplatserna kan användas till andra patienter som eventuellt kan få vård tidigare och sjukhuset kan även förhoppningsvis göra resursbesparingar.

Ett alternativ till hemrehabilitering är organiseringen på Samrehab i Skene. Där har all rehabilitering samlats under ett tak och i en gemensam organisation. Det förefaller som att deras största framgångsfaktor är att de har lyckats skapat en struktur och en kunskap trots att de är så pass små och befolkningsunderlaget är begränsat.

## 8 Slutsats och rekommendationer

Nedan presenteras de slutsatser som dragits med bakgrund av de genomförda studierna och den uppsamlade teorin.

### 8.1 Möjligheter till effektiviseringsvinster inom strokevården

Syftet med studien var att utifrån de förutsättningar som finns i gränssnittet mellan strokevården på sjukhuset och eftervården, som idag är i kommunal regi, finna effektiviseringar av processen. Efter studierna av verksamheterna som presenterats, analysen och den relevanta teorin som finns på området har vi ansett oss finna stöd i de slutsatser och rekommendationer som presenteras i kapitlet nedan.

Vår bedömning är att strokeenheten skulle kunna öka patientnyttan om rehabiliteringen kunde påbörjas direkt på helger då sjukdomsförloppet inte känner in några veckodagar. Genom det kan förutsättningarna för patienternas tillfrisknande förhoppningsvis öka och ligga till grund för ett gynnsamt förlopp i resten av vårdkedjan. Vi anser därför att kostnadseffekterna av ett sådant förslag borde utredas vidare för att komma fram till hur ett eventuellt framtida resursutnyttjande kan se ut. Vi ser i ett första steg att det handlar om att se närmare på effekten kring att göra rehabiliteringsbedömningar på helger för att därigenom starta rehabiliteringen tidigare. Nästa steg skulle, om önskvärt, kunna vara att genomföra full rehabilitering med all nödvändig personal på helger, konsekvenserna av en sådan lösning är något som vi anser bör studeras närmare innan det kan genomföras.

När patienten har rehabiliterats på sjukhuset måste det finnas en lämplig organisering kring utskrivningen. Det förefaller för oss som att vårdplaneringsteamerna har fungerat väl och det är därför en struktur som vi anser kan behållas. Detta då det bidragit till kontinuitet mellan huvudmännen och påbörjat en möjlighet till fördjupad dialog och förståelse. Eftersom nya lösningar kring utskrivning presenteras nedan kan innehållet i teamerna komma att förändras något men strukturen som sådan är något som vi funnit gynnsamt för såväl patienten som för de olika huvudmännen.

Den karenstid som idag finns kring utskrivningarna är inte optimal för någon av huvudmännen då den ger upphov till ett visst opportunistiskt beteende. Att förändra det är dock ett politiskt beslut men vi tror att kommunerna och regionen via sjukhuset genom samverkan och ömsesidigt samförstånd kan nå fram till en lösning som är mycket mer tillfredsställande än dagens situation. Vi menar att en överenskommelse kan komma tillstånd som sätter de formella reglerna ur spel och istället bygger på patientnytta där en minskad medelvårdtid kan bli en följd.

En nyckelfaktor bakom en minskad vårdtid tror vi baseras på sjukhuspersonalens upplevelser av kvalitén och kunskapen i eftervården. Är den subjektiva bedömningen att patienten tas väl omhand anser vi att viljan att skriva ut patienten i ett tidigare skede ökar. Upplevs det å andra sidan att det kan finnas brister i eftervården tror vi att det kan leda till att patienten får bli kvar längre på sjukhuset än vad han/hon egentligen skulle ha behövt. Det blir således centralt att från sjukhusets sida lyckas säkerställa att tillräcklig och

adekvat kompetens finns hos den övertagande organisationen för att minska sin egen medelvårdtid.

Vi anser att det finns mycket som talar för att det borde skapas hemrehabiliteringsteam för strokepatienter på Södra Älvsborgs Sjukhus. För oss förefaller det också som att det vore förmånligare för SÅS att förlägga hemrehabiliteringsteamet på sjukhuset i jämförelse med ute i kommunerna eller primärvården. Vi menar att det är sjukhuset som har den nödvändiga och efterfrågade kompetensen och att de även kan dra nytta av de olika specialistkompetenser som finns vid strokeenheten på sjukhuset. Något som, vi menar, på ett lika omfattande sätt inte är möjligt i kommunerna. Vår bedömning är att det är bättre att bibehålla ett kunskapscentra kring stroke än att sprida ut kunskapen på de olika organisationerna ute i kommunerna och kommundelarna. Vi anser vidare att det blir svårt, att med hänsyn till det befolkningsmässiga underlaget, motivera en uppbyggnad av hemrehabiliteringsteam i kommunerna. En intressant aspekt är att hemrehabiliteringsteamerna skulle kunna lokaliseras i primärvården, en lösning som vi inte tror det finns förutsättningar för på SÅS då deras upptagningsområde är för litet och glesbefolkat för att på ett resurseffektivt sätt klara av att bära en sådan organisation.

I och med uppkomsten av hemrehabiliteringsteam enligt ovan elimineras både en del av problematiken med karensdagarna och den upplevda osäkerheten kring kvalitén inom eftervården. Genom den här lösningen kan sjukhuset även kontrollera den delen av vårdkedjan som vi kallat eftervård och själva säkerställa att patienterna får den rehabiliteringen som de behöver. Det är något som vi menar kommer leda till att medelvårdtiden minskar då sjukhuset kan fortsätta sitt arbete ute i patienternas hem med samma kompetens som finns på sjukhuset. Vi anser att det också skapar en trygghet och kontinuitet för patienten som inte behöver känna oro inför en okänd situation i hemmet när huvudmannen byts efter utskrivningen från sjukhuset. Vi menar att vården i hemrehabiliteringsteamet ska motsvara den vården som patienten fick på sjukhuset i både omfattning och kompetens. Med ett sådant förhållningssätt anser vi att förutsättningarna för en ännu tidigare hemgång är goda. Det förefaller som att kommunalt korttidsboende idag kan användas för att erbjuda patienten och även vårdpersonalen extra trygghet då dessa idag kan uppleva en osäkerhet kring förflyttningen direkt från sjukhuset till hemmet. Genom att erbjuda patienten hemrehabiliteringsteam ökar möjligheten till utskrivning direkt till hemmet vilket per automatik innebär att färre patienter behöver erbjudas andra boendeformer, som till exempel korttidsboende. Det är en faktor som leder till resursbesparingar inom den kommunala ekonomin samtidigt som patientens rehabilitering kan påskyndas.

Kostnaden för hemrehabiliteringsteamet är svåra att uppskatta och beror bland annat på hur organiseringen av teamen ska se ut och vilken kompetens som ska ingå. Det är inte orimligt att tro att själva rehabiliteringen kommer att bli dyrare än vad kommunen idag betalar för vården då dess omfattning troligtvis kommer att öka för att mer efterlikna den som ges på strokeenheten. Hänsyn måste tas till att strokeenheten på sjukhuset kan dela på resurser och därmed skapa en effektivare organisation. Att skapa team i kommunerna med samma kompetens verkar dock som det allra dyraste alternativet då flera parallella



organisationer kan behöva byggas upp och det blir svårt att tillhandhålla all den kompetens som ska ingå i ett hemrehabiliteringsteam. Att skapa en helt ny organisation för strokerehabilitering likt Samrehab bedömer vi inte heller som särskilt intressant då de framgångar som identifierats med sådana organisationer i studien byggts på ett betydligt mindre upptagningsområde av patienter och färre antal kommuner. Borås med sina tio kommundelar hade varit en aspekt som ytterligare hade komplicerat en sådan lösning.

Bedömningen av vilka professioner som skall ingå i ett hemrehabiliteringsteam upplever vi ligger utanför både uppsatsens ram och författarnas egna kompetens på området. Intuitivt finner vi att det främst är rehabiliteringspersonal i form av sjukgymnast och arbetsterapeut som är nyckelkompetenser när teamen ska sättas samman. De professioner som idag finns inom stroketeamet borde mer eller mindre också finnas tillgängliga och kanske till och med från tid till annan ingå i hemrehabiliteringsteamet. Detta är ytterligare en positiv aspekt av hemrehabiliteringsteamet då det stärker banden mellan den medicinska kunskapen och rehabiliteringen i hemmet.

Då det är kommunerna i SÄS upptagningsområde som idag har ansvar för rehabiliteringen anser vi att finansieringssituationen måste lösas om organiseringen ska kunna ändras. Vi tror att det skulle kunna utformas någon form av entreprenadavtal där kommunerna upphandlar strokerehabiliteringen av sjukhuset. Det är något som företrädevis skulle kunna ske genom långa kontrakt för att skapa kontinuitet och säkerhet för patienterna. Vi menar att det borde gå att skapa en modell som båda parter kan känna sig nöjda med. Kommunernas kostnad för strokerehabilitering lyfts ut från den totala kostnaden för rehabilitering och sedan köper de istället den servicen från sjukhuset. Genom att sjukhuset kan spara resurser via kortare medelvårdtid och en effektivare organisering tror vi att det då blir möjligt för kommunerna att minska den summa som de idag betalar för strokerehabiliteringen. Vår bedömning, som vi tidigare har varit inne på, är också att kommunen kan åtnjuta kostnadsbesparingar då behovet av kommunalt boende minskar.

## **8.2 Potentiella ekonomiska vinster**

För att på ett enkelt sätt förklara hur en modell med hemrehabilitering skulle kunna få ekonomisk effekt på de båda huvudmännen har vi valt att presentera lösningen nedan. Siffrorna är hämtade från von Koch (2000) och Umeås Sjukhus rapport Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför? (2009) och är endast grova uppskattningar.

Kostnaden för hemrehabiliteringsteamet påverkas i viss utsträckning av teamens sammansättning. Antalet deltagare och deras professioner blir intressanta och viktiga aspekter i bedömningen av kostnaderna. Vi tror att sjukhuset skulle kunna utnyttja deras nuvarande organisering på strokeenheten för att bygga upp kompetenserna i hemrehabiliteringsteamet vilket skulle kunna innebära ett bättre och effektivare utnyttjande av de idag befintliga personella resurserna. Det kan då leda till att minska kostnaden för hemrehabiliteringsteamet då en redan invand struktur kan användas.

För att göra beräkningar och antaganden kring de eventuella vinsterna som vår föreslagna lösning kan innebära har vi använt oss av Umeå Sjukhus beräkning att ett vårdbesök av hemrehabiliteringsteam kostar 1 200 kronor.<sup>11</sup>

Hemrehabiliteringsteamet gör enligt Koch (2000) i genomsnitt 12 besök per patient vilket föranleder att den totala genomsnittliga kostnaden per patient med hemrehabilitering uppgår till 14 400 kronor.

Samtidigt visar Umeå sjukhus uppskattningar att varje vård dygn som patienten är inlagd på sjukhuset kostar cirka 4 800 kronor.

Enligt von Koch (2000) kan medelvårdtiden inom slutenvården minskas med cirka 45 procent vid inrättandet av hemrehabiliteringsteam. Det skulle för SÄS innebära att medelvårdtiden minskade från dagens tio till sex vård dygn. Det innebär en kostnadsminskning om i genomsnitt 19 200 kronor per patient. Den föranleder att kostnaden per patient kan minska med 4 800<sup>12</sup> kronor.

Vid en försiktigare beräkning där besparingen i medelvårdtid endast hamnar på en nivå om tre vård dygns minskning skulle differensen mellan kostnadsökningen för teamet och besparingen för vårdplatser vara i jämvikt.

Om beräkningarna istället lyfts upp på en aggregerad nivå kan följande beräkningar göras: Idag behandlas det enligt RIKS-Stroke årsrapport 2008, 454 på strokeenheten på SÄS. Vid en minskning av medelvårdtiden med 4 dygn blir den totala besparingen 8 716 800 kronor<sup>13</sup>. De patienter som blir aktuella att ingå i hemrehabiliteringsteamsvården är alla de som skrivs ut från strokeenheten bortsett från de cirka tio procent som avlider. Den ökade kostnaden till följd av hemrehabiliteringsteam kan uppskattas till 5 883 840 kronor<sup>14</sup>. Det skulle således innebära en total besparing på 2 832 960 kronor<sup>15</sup>. Om minskningen i medelvårdtid blir tre vård dygn innebär det en besparing på cirka 700 000 kronor.

Vår bedömning är således att det årligen kommer att finnas cirka 400 patienter som vårdas av hemrehabiliteringsteam. Enligt Danderyd Sjukhus kan varje team behandla cirka 130 patienter vilket skulle innebära att det skulle behövas tre team för att tillgodose denna lösning. Danderyd har också tagit fram att varje hemrehabiliteringsteam kostar ungefär två miljoner kronor vilket ligger i linje med de beräkningarna som vi presenterat ovan.

Då det är kommunen som har ansvar för rehabiliteringen blir det också aktuellt att finna en anpassad finansieringslösning för det rehabiliteringsuppdrag som sjukhuset åtar sig.

---

<sup>11</sup> Team bestående av; 2 Arbetsterapeuter, 2 Sjukgymnaster, 0,9 sjuksköterska, 0,5 kurator och 0,25 läkare. Dessutom finns tillgång till logoped, dietist och neuropsykolog.

<sup>12</sup> 19 200 – 14 400 = 4 800 kronor

<sup>13</sup> 454 x 19 200 = 8 716 800 kronor

<sup>14</sup> 454 x 0,9 x 14 400 = 5 883 840 kronor

<sup>15</sup> 8 716 800 – 5 883 840 = 2 832 960 kronor

Vid en försiktig bedömning där vi räknat med att kostnaden för rehabilitering i kommunerna är ungefär hälften av den i hemrehabiliteringsteamet borde kommunens nettobidrag till sjukhuset hamna på cirka tre miljoner kronor. Det skulle innebära att sjukhusets totala besparingar kan hamna mellan fyra och sju miljoner kronor.

Om man lyfter perspektivet något ovanför de direkta kostnaderna kan ytterligare vinster med lösningen observeras. Ett år efter insjuknandet har det konstaterats att den totala kostnaden för rehabiliteringen av fem patienter med hemrehabiliteringsteam kan jämföras med kostnaden för rehabilitering av fyra patienter med en "traditionell" lösning med vård på strokeenhet och rehabilitering i kommunerna. Den totala kostnaden är således cirka 25 procent lägre på ett års sikt.

Positiva följd effekter av en ökad hemrehabilitering är att patientens möjlighet att bo hemma och inte vara i behov av hemtjänst i samma utsträckning ökar. Enligt genomförda undersökningar av von Koch (2000) visar det sig att behovet av hemtjänst hos gruppen med hemrehabiliteringsteam är 60 procent lägre än hos de övriga. Kommunerna bör således kunna göra betydande besparingar genom minskade behov av kommunalt boende och hemtjänst. De skulle även kunna göra besparingar genom att de förhoppningsvis kan köpa strokerehabiliteringen till ett lägre pris av sjukhuset än vad det hade kostat att gjort de själva.

De samhälliga vinsterna är som noterats tidigare svåra att förutse och beräkna. Potentiella vinster är patienters möjlighet att inte längre vara i behov av vård och därmed kunna klara sig själva. Det kan spara in en rad kostnader åt samhället i stort och dessutom höja livskvaliteten för patienterna. Då 20 procent av alla som drabbas av stroke är i arbetsför ålder finns dessutom vinster att göra i samhället då stat och kommun kan få in fortsatta skatteintäkter istället för sjukbidrag och förtidspensionering. Att möjliggöra det för anhöriga att fullständigt återgå till sina jobb och åtaganden är också en aspekt som måste tas hänsyn till när den totala samhällsliga nyttan studeras.

### **8.3 Andra intressanta aspekter inom strokevården**

Det har i historien funnits uppenbara problem att samverka mellan huvudmännen inom strokevården. Problem som bottnat i att organisationerna misstänkliggjort varandra och deras sätt att agera. Mycket av det förhållningssättet upplever vi har varit kopplat till ekonomiska aspekter.

Vi tror att det skulle gynna båda parter om förståelse för deras respektive utgångspunkter kunde öka och vi anser att ett effektivt sätt vore att skapa fler fysiska möten. Det kan företrädesvis handla om alltifrån att träffas utanför den vanliga arenan till att anordna gemensamma öppna möten eller workshops ett par gånger per år. En ökad interaktion mellan parterna kan leda till förbättrade relationer och därmed ökade möjligheter till att samarbeta och samverka. I förlängningen är det något som kan komma båda organisationerna till del i form av resursbesparingar och leda till en bättre vård för patienterna.

En annan relation som vi menar att det skulle kunna arbetas mer med är relationen mellan sjukhuset och de anhöriga. Vi anser att det skulle kunna vara fördelaktigt om de

anhöriga ständiga fick en uppdatering av patientens medicinska status och rehabiliteringsbehov. Rent praktiskt förefaller det som att det finns en rad lämpliga forum beroende på den anhöriges ålder och teknikvana. Uppdatering och dialog med vården skulle kunna ske via sms, mail, eller i fysisk form beroende på vad som passar den unika situationen bäst. Vi menar att de anhöriga genom de föreslagna forumen kan tillgodogöra sig den informationen som de behöver. Vår förhoppning är också att en effekt blir att de anhöriga på ett ännu mer aktivt sätt kan delta i patientens rehabilitering och därmed minska behovet av hemrehabilitering från sjukhusets eller kommunens sida. Den bild som uppmålats i organisationerna är att anhöriga ofta, om inte alltid, önskar mer information och dialog från sjukhuset. Vi tror därför att en ökad satsning på dialog med anhöriga, och eventuellt även barn, barnbarn, andra släktingar och vänner kan leda till en ytterligare trygghet för såväl patienten som de anhöriga och göra dem till en naturlig del i värdekedjan.

#### **8.4 Rekommendationer**

Utifrån ovanstående slutsatser har vi funnit ett antal rekommendationer som vi ämnar lämna till SÄS för att de skall kunna skapa en effektivare och mer patientfokuserad vård inom stroke,

Vi rekommenderar Södra Älvsborgs Sjukhus

Att skapa ett hemrehabiliteringsteam med bas och kunskap från sjukhuset och utvärdera dess effekter för möjlighet till permanent lösning.

Att undersöka möjligheterna till att finna en adekvat ersättningsmodell för rehabiliteringen som i framtiden kommer att ske i sjukvårdens regi.

Att utveckla relationerna och samverkan mellan huvudmännen genom en ökad fysisk interaktion.

Att möjliggöra inledande rehabiliteringen på strokeenheten redan på helgen genom att se till att rehabiliteringspersonal även arbetar då.

Att på ett mer omfattande sätt utbilda och informera de anhöriga samt

Att skapa ett forum där anhöriga dag för dag kan följa patientens medicinska tillstånd och rehabiliteringsbehov.

## 9 Tillämpbarhet och framtida studier

Kapitlet förklara kort för läsaren om och hur studien är möjlig att tillämpa på andra organisationer. Det förs också en diskussion kring hur vidare studier inom effektivitet inom vården kan genomföras och vad som skulle kunna vara intressant att se närmare på.

### 9.1 Studiens tillämpbarhet på andra organisationer

En annan del av studiens uppsatta syfte var att den skulle kunna användas som utgångspunkt för andra landsting och vårdinrättningar inom strokesjukvården som önskar genomföra effektiviseringsåtgärder.

Vid författandet av en rapport som denna blir flera delar naturligtvis starkt kopplade till den organisation som studerats. Analyserna och slutsatserna som dragits utifrån det datamaterial vi tillgått är nog lämpligt att inte lägga stor vikt vid om läsaren önskar införa egna lösningar på annan strokevård i landet. Vi tror däremot att såväl studiens tillvägagångssätt, dess referensram samt de observationer som gjorts av olika varianter av organisering inom vårdkedjan kan tillföra värde till andra organisationer. Att följa diskussionen kring SÅS organisering, utmaningar och möjligheter är något annat som vi också tror kan ge en ytterligare aspekt för de sjukhus och vårdgivare som står inför tankegångarna att på ett effektivare sätt samordna sin vård och sätta patienten i fokus.

### 9.2 Förslag till fortsatta studier

Vad vi funnit under uppsatsen framskridande är att effektiviseringar och processinriktningar inom vården blir allt fler och allt påtagligare. Detta gäller såväl kring själva identifieringsarbetet bakom effektiviseringsvinster som implementering och genomförande. Resultaten av genomförda förändringar har vi dock sett mindre av inom forskningen. Det finns naturligtvis delar där stora studier har genomförts men det är något som kan byggas ut för att stödja de förmodade vinsterna som kan dras via effektiviseringsarbete inom vården. Ett annat område inom vården som skulle kunna utredas närmare är då interaktion mellan flera vårdgivare uppstår. Här finner vi att studier är mer begränsade och vore en ytterligare intressant aspekt att se närmare kring. Avslutningsvis har vi funnit en stor övervikt av studier kring den planerande vården i jämförelse med den akuta vården. Att finna bättre anpassningar för processteorierna inom dessa områden tror vi också skulle kunna tillföra ett ökat mervärde till det allmänna kunskapsläget.

## Referenslista

### Artiklar

Clifford S. B. & B. C. Tietje (2008) A Research agenda for value stream mapping the sales process. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, Vol XXVIII, No. 2. sid 155-165

Das, T.K. och Teng, B.S. (1998). Between trust and control: developing confidence in partner cooperation alliances. *Academy of Management Review*. Vol. 23, Nr. 3, sid 491-512

Dekker, H. (2004). Control of Inter-organizational Relationship: Evidence on Appropriation Concerns and Coordination Requirements. *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 29, sid 27-49.

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: an assessment and review. *Academy of Management Review*. Vol. 14, Nr. 1, sid 57-74

Fillingham, D. (2007) Can lean save lives? *Leadership in Health Services*. Vol. 20 No. 4 sid. 231-241

Fletcher, M. (2008) Multi-disciplinary team working: building and using the team. *Practice Nurse* Vol. 35 No. 12, sid. 42-47.

Ghatnekar O, Hjortsberg C, (2001), "Health care systems in transition Sweden", *Europe Observatory on Health Care Systems* Vol 3 nr. 8

Hicks, B.J. (2007) Lean information management: Understanding and eliminating waste. *International Journal of Information Management*. Vol. 27 No. 1. sid 233-249

Horngren, C.T. (2004). Management accounting: Some comments. *Journal of management accounting research*. Vol. 16, sid 207-211

Jones, D.T. (2006) Leaning Healthcare. *Management Services*. Vol. 50. No. 2. sid 16-17.

Kollberg, B. & Dahlgard, J. J. & Brehmer, P-O. (2006) Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management* Vol. 56 No. 1. sid. 7-24

Lander, E. & Liker, J.K. (2007) *The Toyota Production System and art: making highly customized and creative products the Toyota way*. *International Journal of Production Research*. Vol. 45 No. 15, sid 3681-3698

Liker, J. K & Morgan, J. M.. (2006) The Toyota Way in Services: The Case of Lean Product Development. *Academy of Management Perspectives*, Vol. 20 No. 2, sid. 5-20

Ouchi, W. (1979). A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. *Management Science*. Vol. 25, Nr. 9, sid 833-848.

Radnor, Z. & Walley, P. (2008) Learning to Walk Before We Try to Run: Adapting Lean for the Public Sector. *Public Money and Management*. Vol. 28. No. 1, sid. 13-20.

Rousseau, D et al. (1998) Not so different after all: a cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*. Vol. 23, Nr. 3, sid 393-404.

Tellis, W. (1997). *Introduction to Case Study*. The Qualitative Report. Vol. 3, Nr. 2.

Thor, J. (2002), "Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården", *Läkartidningen*, Vol 99:34, sid. 3312-3314

Woiceshynand, J. & Falkenberg, L. (2008) Value Creation in Knowledge-Based Firms: Aligning Problems and Resources. *Academy of Management Perspectives*, Vol. 22 No. 2, sid. 85-99

Åhlström, P (2004), Lean Service Operations: Translating Lean Production Principles to Service Operations. *International Journal of Services Technology and Management*. Vol. 5. No. 5/6. sid 545-564. Genom Jacobsson (2010)

## Böcker

Ax, C., Johansson, C. och Kulvén, H. (2005) *Den nya Ekonomistyrningen*. 3:e uppl. Liber Ekonomi, Malmö.

Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. 3:e uppl. Studentlitteratur. Lund.

Edvardsson et al. (1998) *Mätning av tjänstekvalitet i praktiken*. Studentlitteratur. Lund.

Grant, R. M. (2008) *Contemporary Strategy Analysis*. Blackwell Publishing Ltd. Oxford

Harrington, H. J. (1991) *Business Process Improvements*. McGraw-Hill Inc. New York.

Jacobsen, D. I. (2002). *Vad, hur och varför? – Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Studentlitteratur. Lund.

Jacobson, T. (2010) *Implementering av processlösningar i sjukvården*. Chalmers University, Göteborg.

Koch von, L. (2000) *Early supported hospital discharge and continued rehabilitation at home after stroke*. Karolinska Institutet, Stockholm

Krag Jacobsen, J. (1993). *Intervjuer – Kosten att lyssna och ställa frågor*. Studentlitteratur. Lund.

Kraus, K och Lind, J. (2007) "Management Control in Inter-Organisational Relationships". Hopper, T. Northcott, D. Och Scapens, R. (red). *Issues in Management Accounting*. Prentice Hall. Harlow.

Liker, J.K. (2004) *The Toyota Way: 14 Management principles from the World's Greatest Manufacturer*. McGraw-Hill. New York.

Lindblad, I. (1998) *Uppsatsarbetet – En kreativ process*. Studentlitteratur. Lund.

Ljungberg, A. & Larsson, E. (2001) *Processbaserad verksamhetsutveckling*. Studentlitteratur. Lund.

Norbäck, L. E. & Targama, A. (2009) *Det komplexa sjukhuset*. Studentlitteratur. Lund.

Merchant, K och Van der Stede, W. (2007) *Management Control Systems*. Prentice Hall. Harlow.

Merriam, S. (1988). *Fallstudien som forskningsmetod*. Studentlitteratur. Lund.

Porter, M.E. (1990). *The competitive advantages of nations*, 10:e uppl. Palgrave, Houndsmill.

Radnor, Z., Walley, P., Stephens, A., & Bucci, G. (2006) Evaluation of Lean Approach to Business Management and its use in the Public Sector. Scottish Executive Social Research, Edinburgh. Genom Jacobsson (2010)

Womack. J. P & Jones. D. T. (2003) *Lean Thinking. Banish waste and create wealth in your corporation.* Simon & Schuster. London

Womack, J.P., Jones, D.T. & Roos, D. (1991) *The Machine That Changed the World.* Harper Perennial. New York

### Rapporter & Andra källor

Byrkjeflot H, Neby S, (2004), "The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison", Stein Rokkan Centre for Social Science, Unifob AS

Glenngård, A.H., F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell and V. Bankauskaite. 2005. *Health Systems in Transition: Sweden.* Copenhagen: World Health Organization.

Global konjunktur- och strukturrapport. (2010) Swedbank. C. Hermansson

Goda exempel 2007, Danderyds sjukhus

Patientrelaterade kostnader i slutenvård 2008, (2009) SKL

Hemrehabilitering vid stroke - Hur och varför? Anna Bråndal Utbildningsmaterial 11/9 (2009)

"Med omtanke om framtiden" Västra Götalandsregionens budget 2010 (Presentation av SÄS, 2009)

Motion 1998/99:So436, Ädelreformen.

Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.

Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

Nutek R2007:13 Nyström & Sjöberg, (2007)

Prioriteringar i vården - Perspektiv för politiker, profession och medborgare. SOU 2001:8

Porter, M. (2006) Powerpoint presentation *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.* Health Information Technology Symposium, Massachusetts Institute of Technology

Papadopoulos, T. (2008) "We are not Japanese and we don't make cars: Translating Lean Thinking in Healthcare using Case Study in the UK National Health Service. *Proceedings of the POMS 19 Annual Conference.* La Jolla, Maj 9-12, California, USA. Genom Jacobsson (2010)

Process- och utvecklingsorienterad uppföljning 2007. (2007) Danderyds Sjukhus.

PUNK-handboken, Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet, Eva Bergdahl  
Distriktssköterskeföreningen

Regeringens proposition 2005/06:115

Regeringens proposition 2008/09:1

Regeringens proposition, 2008/09:74



Regionalt vård- och strokeprogram, Västra Götalandsregionen. (2007)

RIKS-Stroke årsrapport, 2008

Samverkan - om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet SOU 2000:114

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Version för hälso- och sjukvårdspersonal. Stockholm (2000)

SoS Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: 50-51

SKL - *Patientrelaterade kostnader i slutenvård 2008* (2009)

SKL- *Sjukvårdens huvudprocesser- Budskap och verktyg*, (2008)

SKL – "Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård - *struktur och arbetssätt för bättre resultat*" (2009)

SKL- *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2009

Strokesjukvården i ett patientsäkerhetsperspektiv, rapport från en tillsynsaktivitet i Uppsala-Örebroregionen. Socialstyrelsen (2009)

Struktur för framtida stroke-sjukvård i Västra Götaland. En utredning i samverkan mellan sektorsråden i geriatrik, medicin, neurologi och rehabiliteringsmedicin.

The Sahlgrenska academy, Activities of Daily Living after home rehabilitation, Eva Elfverson Wedin & Agneta Johansson)

Västra Götalandsregionen (2009) *Ägaruppdrag för strokevården 2010-2012*. Dnr RSK 819-2008

WHO Europe (2003) *Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions*. EUR/03/5038066

WHO (1989): Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. Stroke 20, 1407-1431.

Årsredovisning Södra Älvsborgs Sjukhus 2009.

Wilkman, G. & Strömberg, J. (2009) Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Examensarbete Linköpings Tekniska Högskola

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti. (2008) Dnr 08/4549. Sveriges Kommuner och Landsting.

## **Lagar**

Hälso- och sjukvårdslag 1982:763

SFS 2003:193 Lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård;

## Internet

Kommundelar - Borås

(<http://boras.se/forvaltningar/kommunledningskansliet/kommunledningskansliet/kommunenorganisation/kommunensorganisation/kommundelar.4.7243a9a4125d5ad4db1800026315.html>)

Besökt: 2010-05-20

Mura, muri, muda? | Lean Enterprise Institute

(<http://www.lean.org/common/display/?JimsEmailId=63>)

Besökt: 2010-05-08

Samrehabförvaltningen – Marks kommun

(<http://www.mark.se/Politik-och-forvaltning/Forvaltningar/Samrehabforvaltningen/>)

Besökt: 2010-04-28

A system of health accounts

([http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_2742536\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_33929_2742536_1_1_1_37407,00.html))

Besökt: 2010-05-09

RIKS-Stroke

(<http://www.riks-stroke.org/index.php?content=info>)

Besökt: 2010-04-14

Om SÄS – Södra Älvsborgs Sjukhus

(<http://sas.vgregion.se/sv/Sodra-Alvsborgs-Sjukhus/Sodra-Alvsborgs-sjukhus/Om-sjukhuset/>)

Besökt: 2010-04-13

Presentation av SÄS

([http://sas.vgregion.se/upload/S%c3%84S/Informationsavdelning/S%c3%84S\\_presentation\\_web\\_100512.pdf](http://sas.vgregion.se/upload/S%c3%84S/Informationsavdelning/S%c3%84S_presentation_web_100512.pdf))

Besökt: 2010-05-07

Kostnader och intäkter | Sveriges Kommuner och Landsting

([http://www.skl.se/web/Kostnader\\_och\\_intakter\\_1.aspx](http://www.skl.se/web/Kostnader_och_intakter_1.aspx))

Besökt: 2010-05-16

Kostnader och intäkter | Sveriges Kommuner och Landsting

([http://www.skl.se/web/Kostnader\\_och\\_intakter.aspx](http://www.skl.se/web/Kostnader_och_intakter.aspx))

Besökt: 2010-05-16

## Muntliga källor

Bringestedt, Carin	Verksamhetschef, Skene Samrehab	2010-05-06	Möte
Bruno, Hedvig	Sektionsledare, Danderyds Sjukhus	2010-05-03	Telefon
Risö Bergerlind, Lise-Lott	Processchef, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-04-08	Möte
Du Rietz, Carl-Henrik	Överläkare, Kungälv Sjukhus	2010-05-04	Möte
Kärvling, Agneta	Enhetschef Rehabilitering, Sjöbo stadsdel	2010-05-07	Telefon
Malmström, Berit	Arbetsterapeut, Skene Samrehab	2010-05-06	Möte
Martell, Rebecka	Sjukgymnast, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-05-07	Möte
Petersson, Carina	Verksamhetschef rehabiliteringskliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-05-04	Möte
Skoglund, Emma	Arbetsterapeut, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-04-26	Möte
Sterki, Ida	Sjuksköterska, Södra Älvsborgs Sjukhus	2010-05-10	Möte
Stokeland, Ann	Sjukhusdirektör, Kungälv Sjukhus	2010-05-07	Telefon
Wirtberg, Charlotta	Sjukgymnast, Borås Stad	2010-05-10	Möte

## Bilaga 1

# Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

2006-11-14

### *Inledning*

#### § 1

##### **Grundläggande utgångspunkter**

Detta avtal reglerar ansvar och samverkan avseende hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. De patienter som berörs av detta avtal erhåller vårdinsatser från båda huvudmännen.

De patientgrupper avtalet omfattar är de som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 18 §:

Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service (Socialtjänstlagen, SoL 5kap. 5§, 2:a stycket samt 7§, 3:e stycket).

- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet eller beviljade insatser enligt Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS).
- Personer som erhåller hemsjukvård i ordinärt boende.
- För de personer kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för ingår rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

Den gemensamma ambitionen är att bibehålla och vidareutveckla ett långsiktigt förtroendefullt samarbete inom hälso- och sjukvården. Samverkan skall ske i en anda av öppenhet och dialog och med ett ömsesidigt åtagande att bidra till en gynnsam utveckling av parternas hälso- och sjukvårdsverksamhet till nytta för invånarna. Den enskilde patienten skall ges kontinuitet i vård och behandling även om huvudmannen som svarar för insatserna skiftar under vårdperioden.

Kommunerna och regionen skall genom avtalet verka för att väl fungerande samarbetsrutiner bibehålls och utvecklas och att huvudmännen tillsammans erbjuder invånarna en god hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Syftet med avtalet är att på det lokala planet möjliggöra en väl fungerande samverkan genom en tydlig ansvarsfördelning avseende de lagreglerade hälso- och sjukvårdsinsatserna till invånarna.

### *Parternas ansvar*

#### § 2

##### **Allmänt**

Enligt HSL har Västra Götalandsregionen och kommunerna var för sig ett hälso- och sjukvårdsansvar. I HSL 3 § är ansvaret definierat för Västra Götalandsregionens del. I 18 § definieras det kommunala ansvaret.

Båda parter har ett ansvar gentemot de patientgrupper som avtalet avser. Ingen part har ett övergripande ansvar som innebär ett ökat åtagande om en part inte uppfyller sitt ansvar enligt detta avtal. En patient får aldrig bli lidande av oenighet mellan huvudmännen, utan den enskilde skall erhålla en vårdinsats som bedöms vara nödvändig. Ansvarig för att så sker är den huvudman som har patienten i sin vård.

Parterna har var för sig ett ekonomiskt ansvar för de beslut och ordinationer som görs inom respektive organisation.

### § 3

#### **Kommunens ansvar**

Kommunens hälso- och sjukvårdansvar regleras i HSL 18 § och bygger till vissa delar på biståndsbeslut enligt SoL och beviljade insatser enligt LSS. Enligt avtal i samband med regionbildningen, och därtill kopplad skatteväxling, mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen har kommunerna även ett ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Kommunen skall erbjuda en god hälso- och sjukvård

- till de personer som bor på särskilda boenden samt bostäder med särskild service
- för personer under vistelse på daglig verksamhet
- till personer med sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård). Hemsjukvård definieras i § 5.

I kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ingår även:

- rehabilitering/habilitering: ansvaret utgår från det kompetensområde som finns hos arbetsterapeut och sjukgymnast och avser rehabilitering/habilitering på basnivå enligt definition i § 6.
- personliga hjälpmedel: ansvaret definieras i § 7.
- förbrukningsartiklar enligt HSL 18c § och övriga förbrukningsartiklar som följer hälso- och sjukvårdsansvaret och förskrivs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

### § 4

#### **Regionens ansvar**

Västra Götalandsregionen skall till de patienter som anges i § 1 i enlighet med sitt hälso- och sjukvårdsansvar erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- läkarmedverkan, avtal som reglerar omfattningen av läkarinsatser skall träffas lokalt mellan kommunen och regionen.
- stöd- och utbildningsinsatser i patientrelaterade ärenden till kommunens personal av läkare och annan vårdpersonal med specialistkompetens.
- specialistinsatser utifrån regionen hälso- och sjukvårdsansvar.

- rehabilitering/habilitering, se definition § 6.
- personliga hjälpmedel, se definition § 7.
- läkemedel, se definition § 9.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar öppen och sluten vård, akut och planerad vård samt allmän och specialiserad vård vid vårdcentraler och sjukhus.

### ***Definitioner och preciseringar av ansvar***

#### **§ 5**

##### **Sjukvård till personer i ordinärt boende**

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden (definition enligt Terminologirådet Socialstyrelsen).

Huvudregeln för sjukvård till personer i ordinärt boende är att regionen ansvarar för personer som har ett tillfälligt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och som utan stora svårigheter kan besöka regionens mottagningsverksamhet. Kommunen ansvarar för hemsjukvård till personer, oavsett ålder, med diagnos/er och funktionshinder av fysisk och/eller psykisk karaktär som motiverar att vården ges i hemmet.

Det är den enskildes behov som skall vara i centrum. Utgångspunkten är att den enskilde skall garanteras trygghet och kontinuitet i vårdinsatserna.

Övergången från att hälso- och sjukvårdsinsatserna ges av regionen till att de utförs av kommunen skall alltid föregås av en gemensam vårdplanering. Detsamma gäller då en patient inte längre har behov av kommunens hemsjukvård. Den gemensamma vårdplaneringen initieras vanligen vid utskrivning från sjukhus. Initiativ till vårdplanering kan även tas av den enskilde, närstående, personal vid vårdcentral och rehabiliteringsenhet eller personal i kommunen efter samråd med den enskilde.

För personer med psykisk störning skall kommunen ansvara för insatser som i huvudsak har omvårdnadskaraktär inklusive social träning. Regionens skall svara för de insatser som har en klart målinriktad terapeutisk karaktär. För vissa patienter bör vården ske i hemmet eller i kombination hemmet och mottagningen.

Under kvälls- och nattetid ansvarar kommunen för de patienter som normalt besöker mottagningen men som under kväll och natt behöver sjukvårdsinsatser. Det rör sig då om planerade och/eller förutsägbara insatser som huvudmännen kommit överens om. Under dagtid lördag, söndag och helger har regionen hälso- och sjukvårdsansvaret för ovanstående grupp. Avtal kan träffas lokalt om parterna finner det vara lämpligt att hemsjukvården utför insatsen.

För patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och som har tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission), ansvarar regionen för den psykiatriska vårdinsatsen i ordinärt boende. Regionens ansvar innebär ingen inskränkning i kommunernas ansvar

enligt socialtjänstlagen eller för somatisk hemsjukvård för dessa patientgrupper.

## § 6

### Rehabilitering/habilitering

Ansvaret för rehabilitering och habilitering följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

- Med rehabilitering menas insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och att aktivt kunna delta i samhällslivet.
- Habilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för att leva ett självständigt liv och aktivt kunna delta i samhällslivet.

I kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ingår rehabilitering och habilitering på basnivå för de personer som är definierade i § 1.

Regionen har ansvaret för de specialiserade rehabiliterings- och habiliteringsinsatserna. För vuxna personer tillhörande LSS personkrets finns ett särskilt gemensamt upprättat dokument som reglerar habiliteringsansvaret på bas respektive specialistanivå mellan regionen och kommunen.

## § 7

### Personliga Hjälpmedel

Hjälpmedel som hälso- och sjukvården tillhandahåller kallas i Västra Götaland för personliga hjälpmedel. Västra Götalandsregionen och kommunerna har antagit gemensamma riktlinjer och produktanvisningar för förskrivning av personliga hjälpmedel. Se vidare "Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel".

([www.vgregion.se/hjalpmedelshandbok](http://www.vgregion.se/hjalpmedelshandbok)).

Hjälpmedelsansvaret är preciserat i HSL och följer hälso- och sjukvårdsansvaret, oavsett var hjälpmedlet fysiskt provas ut. Personliga hjälpmedel är en del i vård och behandling och kan inte frikopplas från andra vård- och behandlingsinsatser.

Regionen ansvarar för personliga hjälpmedel för barn och ungdomar upp till 18-årsdagen. Det finns även personliga hjälpmedel för vuxna där regionen alltid har ansvaret. Kommunen har ansvaret för personliga hjälpmedel till vuxna personer enligt sitt hälsooch sjukvårdsansvar.

Vid varje produktanvisning i Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel framgår om det är kommunen och/eller regionen som har kostnadsansvaret.

I syfte att underlätta övergången mellan olika vårdgivare kan så kallad förtroendeförskrivning av personliga hjälpmedel förekomma. Denna lösning förutsätter lokala överenskommelser mellan berörda vårdgivare.

Det särskilt inrättade, partssammansatta Samarbetsrådet för utveckling av hjälpmedelsområdet bereder förslag till förändringar i riktlinjer och produktanvisningar för förskrivning

av personliga hjälpmedel. Omfattande förändringar förutsätter att likalydande beslut fattas i regionen och kommunerna.

### ***Preciseringar av övriga ansvarstaganden***

#### **§ 8**

##### **Samordnad vårdplanering, utskrivningsklara patienter**

Enligt SOSFS 2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutet vård skall landsting och kommuner i samråd utarbeta rutiner inför utskrivning av patienter och överföring av information. Rutinerna skall dokumenteras och vara enhetligt utformade för ett län eller en region. En överenskommelse om gemensam rutin finns framtagen för Västra Götaland och uppdateras i samband med projektet IT-stöd vid samordnad vårdplanering (SVPL).

Kommunen har betalningsansvar för de personer som av läkare bedömts utskrivningsklara inom länssjukvården i enlighet med betalningsansvarslagen (1990:20), inkluderande gjorda ändringar 2003-07-01, och att det finns en upprättad och justerad vårdplan. I samband med regionbildningen träffades en överenskommelse om ett lika belopp per dag oavsett om patienten är utskrivningsklar inom somatisk akutsjukvård, geriatrisk eller psykiatrisk vård. Beloppet omräknas årligen enligt de anvisningar som lämnas av regeringen.

#### **§ 9**

##### **Läkemedel**

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del av hälso- och sjukvården och skall således vara en del av dess regelverk bland annat vad avser samverkan mellan regionen och kommunerna. Det finns en särskild samverkansgrupp för läkemedelsfrågor mellan Kommunerna, Regionen och Apoteket. Information om nedanstående återfinns på [www.vgregion.se/lakemedel](http://www.vgregion.se/lakemedel).

**Läkemedel och förbrukningsartiklar** som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt *Lagen om läkemedelsförmåner m.m (2002:160)* till enskild patient, ansvarar regionen för kostnaderna, exklusive patientens egenavgift.

**Spolvätskor** (CE-märkta produkter). Spolvätskor för katetersättning och kateterspolning samt behandling som kräver steril produkt och där kranvatten inte bör eller får användas förskrivs på recept. Regionen ansvarar för kostnaderna för de produkter som ingår i regionens *Rutin för förskrivning av CE-märkta produkter*.

**Akutläkemedelsförråd.** Kommunala akutläkemedelsförråd finns efter beslut av regionen med ett av regionen fastställt sortiment (tillgängliga inom Västra Götalandsregionen). Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (kur). Regionen ansvarar för läkemedelskostnaderna och kontrollen av de kommunala akutläkemedelsförråden. Kommunen har kostnadsansvaret för transporten av läkemedel till förråden.

**Dosexpedition** beslutas alltid av behandlande läkare som tar ställning till om kriterierna är uppfyllda. Kriterierna framgår av "Medicinska riktlinjer för förskrivning av dosexpedition".



## § 10

### Övrig förskrivning

#### *Inkontinensartiklar*

Staten ersätter landstingen och kommunerna genom statsbidrag för kostnaderna av inkontinensartiklar i enlighet med centralt reglerat avtal. Principerna är en 50/50 fördelning mellan huvudmännen, varvid landstingens ansvar avser ordinärt boende och kommunernas särskilt boende. I de län där kommunerna ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende förutsätts att länsvisa avtal träffas mellan de båda huvudmännen om fördelning av statsbidraget till regionen och i vilken omfattning kommunen får del av detta.

I Västra Götalandsregionen ansvarar kommunerna för hemsjukvård till personer i ordinärt boende. Med anledning av detta ansvar erhåller kommunerna därför 30 procent av regionens statsbidrag avseende inkontinensartiklar. Sker väsentliga förändringar av statsbidragskonstruktionen skall nya förhandlingar upptas mellan parterna.

#### *Medicintekniska produkter och sårvårdsprodukter*

Medicintekniska produkter som ordineras eller förskrivs av läkare är ett ansvar för regionen. På motsvarande sätt är produkter som ordineras eller förskrivs av kommunens sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast ett ansvar för kommunen.

En förteckning över rekommenderade sårvårdsprodukter skall upprättas där det framgår vilka produkter regionen respektive kommunen har ett kostnadsansvar för.

#### *Livsmedel för särskilda näringsändamål*

Livsmedel för särskilda näringsändamål, kan erhållas till barn under 16 år enligt Läke-medelsverkets föreskrifter (1997:13) och förskrivs av läkare som individuell ordination på Livsmedelsanvisning. Regionen ansvarar för kostnaderna förutom patientens egenavgift.

## § 11

### Uppsökande och nödvändig tandvård

Västra Götalandsregionen har enligt Tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för dem som ingår i målgruppen. Flertalet av dessa återfinns inom kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt Tandvårdsförordningen (1998:1338) skall regionen och kommunen samverka beträffande personer som skall ha tillgång till tandvårdsinsatserna. Kommunens personal skall vara regionen behjälpliga med att avgöra vilka som ingår i personkretsen samt informera berörda patienter om vilka möjligheter som finns. Kommunens personal skall därutöver vid behov delta i utbildningsinsatser och följa de instruktioner om munvård som ges.

#### *Uppföljning/utvärdering*

## § 12

### Uppföljning - Utvärdering - Tolkning

Avsikten med detta avtal är att det skall följas upp årligen och utvärderas vart fjärde år. En första utvärdering inleds den 1 april 2010. Avsikten med kontinuerlig uppföljning är

att säkerställa medborgarnas rätt till adekvat vård utifrån bland annat medicinteknisk utveckling. För att kunna genomföra dessa uppföljningar bör det skapas en partsgemensam grupp på tjänstemannanivå. Gruppen redovisar årligen inkomna synpunkter till det politiska samrådsorganet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen.

Eventuella frågor beträffande tolkning av avtalet sker i första hand i den delregionala samverkan som finns mellan huvudmännen. Frågorna kan vid behov lyftas till den partsgemensamma gruppen.

### **§ 13**

#### **Informationsskyldighet**

Respektive part har ett ansvar att inom sin organisation informera om avtalet och att berörda har kännedom om avtalets innehåll.

### **§ 14**

#### **Avtalets giltighetstid**

Avtalet är fyraårigt och gäller under tiden 2007-04-01 - - 2011-03-31. Avtalet följer genom detta i huvudsak mandatperioden. Uppföljning av avtalet inleds ett år före avtalstidens utgång. Senast sex månader före att avtalstiden löper ut tar det politiska samrådsorganet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen ställning till om avtalet skall sägas upp. Om avtalet inte sägs upp, förlängs det med fyra år. Samrådsorganet samordnar frågor rörande avtalet och kan vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet, ta initiativ till en översyn.

### **§ 15**

#### **Giltighet**

Detta avtal gäller under förutsättning att det godkännes av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland genom beslut som vinner laga kraft.