

REHABILITERING I SAMVERKAN

Erfarenheter från tvärprofessionella team på vårdcentraler i Göteborg



Cornelia Björk och Helena Öhrvall

November 2008

konkludo
utvärdering och utredning

Copyright © Konkludo AB 2008

Kontaktuppgifter: info@konkludo.se

SAMMANFATTNING

Samverkan efterfrågas idag inom en rad områden i samhället. Denna studie studerar sju team i Göteborg som på vårdcentraler arbetar med myndighetsöverskridande samverkan. Teamen arbetar med rehabilitering av patienter och består av professionella från arbetsförmedlingen, försäkringskassan, socialtjänsten och vården. Syftet med studien är att beskriva teamens arbetssätt och fånga upp lärdomar, för att skapa kunskap som kan fungera som underlag för kompetensöverföring mellan teamen. Tanken är också att studien skall kunna fungera som underlag för planering av utvärdering och uppföljning av den här typen av verksamhet. Gruppintervjuer med samtliga team och en individuell intervju med en representant för respektive team har genomförts. Teammedlemmarna har också fått besvara en webbenkät.

Studien har en programteoretisk ansats vilket innebär att de **resurser** teamen har i form av exempelvis personal och lokaler kartläggs. Därefter beskrivs vad teamen konkret gör i sitt arbete; exempelvis hur arbetet med patienterna går till, d.v.s de **aktiviteter** som teamen utför. Slutligen beskrivs de **effekter** som teamen förväntar sig av sitt arbete, exempelvis hur teammedlemmarna tänker att patienterna skall påverkas. Utifrån en beskrivning av teamens programteori identifieras sedan faktorer som intervjupersonerna menar antingen hindrar eller gynnar teamens arbete.

Resultatet visar att teamen på många sätt liknar varandra. Teamen består av mellan fyra och sex personer och i alla team finns representanter från vård, försäkringskassa, socialtjänst och arbetsförmedling. I samtliga team finns även en person, kallad samordnare eller kontaktperson, som har ett mer övergripande ansvar för teamets kontakt med omvärlden och vissa administrativa sysslor. Den typiska teammedlemmen är kvinna och arbetar i teamet på deltid. Teamen skiljer sig dock åt på en del områden, bl. a. med avseende på vilken vårdpersonal som ingår i teamen och i det att vissa team har tillgång till en egen lokal på vårdcentralen.

Arbetet med patienterna går att beskriva som en process i sju steg, från *aktualisering* via *samtycke*, *inskrivning*, *informationsinhämtning*, *kontakt med patienter* till *insättning av insatser* och *avslut* av patienten. En patient blir vanligtvis aktuell för teamet via en läkare eller en av teammedlemmarna. Patienten lämnar sitt samtycke till att sekretessen bryts och därefter inhämtar och utbyter teamen information. Det är utifrån det som patientens behov klargörs och olika insatser övervägs. Alla team samarbetar med läkarna på vårdcentralen på olika sätt. I de flesta fall har teamet tillgång till särskilda läkartider som är reserverade för teamets patienter. Det förekommer även att en särskild läkare är utsedd att fungera som kontaktperson mellan teamet och läkarkåren.

De mest centrala skillnaderna mellan teamen handlar om huruvida hela teamet eller enbart en eller ett par personer engageras i det direkta arbetet med patienterna. Typiska insatser som teamen arbetar med är samtalsbehandling, sjukgymnastik och arbetsträning. Samtliga team hänvisar patient till insatser i det omgivande samhället, främst i de samverkande myndigheternas regi. Teamen skiljer sig dock åt genom att i en del team behandlar dessutom teammedlemmar själva patienterna. Det finns också skillnader mellan de olika vårdcentralernas upptagningsområde, vilket avspeglar sig i vilka patientgrupper teamen huvudsakligen arbetar med; tidiga sjukskrivningsärenden eller patienter med längre sjukdomshistorik. Detta i sin tur påverkar vilken typ av insatser teamet rekommenderar. Patienten kan slutligen avslutas antingen när en hållbar insats är etablerad, när sjukskrivningen upphör,

helt eller delvis, när patienten får sjukersättning, eller när de genom insatserna bedöms ha fått tillräckliga redskap att själva hantera sin problematik.

De effekter teamen tänker sig av sitt arbete handlar om ett förbättrat rehabiliteringsarbete, vilket skall gynna patienterna och göra myndigheterna effektivare. Patienten skall få en snabb, effektiv och trygg rehabiliteringskedja där hälsa och arbetsförmåga skall förbättras. När det gäller de samverkande myndigheterna är tanken att teamens arbete skall leda till att olika professioner får ökad kunskap om varandra och att man genom samverkan bidrar till ett effektivare rehabiliteringsarbete. Det finns också tankar om att teamen skall bidra till avlastning myndigheterna emellan och att överbehandling skall minska. På samhällsnivå talar man om att kostnader för sjukvård och offentlig försörjning skall minska i vårdcentralens upptagningsområde.

De faktorer som intervjupersonerna menar gynnar teamens arbete är att läkare och övrig vårdcentralpersonal samarbetar med teamet och att teammedlemmarna har stöd för sitt arbete i teamet från chefen i sin hemmaorganisation. Lokalens beskaffenhet och placering på vårdcentralen anges vara viktig både för teamets interna arbete samt för teamets kommunikation och samarbete med vårdcentralens personal. Andra viktiga faktorer som lyfts fram är att teammedlemmarna har lång yrkeserfarenhet samt att de har respekt för och kunskap om varandras yrke och de olika myndigheternas regelverk.

Flera team har upplevt som en utmaning att en stor andel av läkarkåren på vårdcentralen är vikarierande läkare, dels för att remitteringen då fungerat sämre, dels för att det varit svårare att etablera en kontinuerlig kontakt mellan team och läkarkår samt mellan teampatient och läkare. Andra utmaningar som lyfts fram är skillnader mellan olika myndigheters regelverk och att myndigheternas regler och resurser förändras, vilket t.ex. påverkar utbudet av rehabiliterande insatser. Tidsbrist, dåliga arbetslokaler och personalomsättning i teamet har också ibland utgjort hinder för en del team.

Studien identifierar ett antal frågeställningar vilka är relevanta att diskutera och ta ställning till vid uppstart, implementering eller utvecklande av den här typen av team på vårdcentraler. Vilka är behoven i vårdcentralens upptagningsområde, vilka målgrupper skall teamet arbeta med och vilka resurser behövs för att möta dessa behov? När det gäller själva arbetet med patienterna handlar frågorna bland annat om hur samtycket skall lösas, vilka som skall ges tillgång till dokumentation om patienten och om hela eller enbart några teammedlemmar skall vara involverade i det direkta arbetet med patienterna. Frågorna berör också teamets närmsta omvärld. Hur skapas exempelvis förutsättningar för att teamet blir väl förankrat på vårdcentralen och finns det lämpliga insatser som teamen kan hänvisa patienterna till?

Slutligen lämnar studien också två typer av diskussionsunderlag, ett där teamspecifika utmaningar tydliggörs och ett där en modell för planering av utvärdering och uppföljning av teamens arbete presenteras.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund	7
1.1 Om studien	7
1.2 Läsanvisning.....	8
2. Studiens design	8
2.1 Preciserade frågeställningar	9
2.2 Metod.....	10
3. Resultat	12
3.1 Teamens resurser	12
3.2 Teamens arbete med patienterna – vad är gemensamt och vad skiljer dem åt?.....	16
3.3 Olika patientgrupper	21
3.4 Teamets övriga arbete.....	22
3.5 Förväntade effekter.....	24
3.6 Gynnsamma och hindrande faktorer för teamens arbete... ..	26
3.6.1 ... ifråga om resurser.....	27
3.6.2 ... ifråga om teamets arbete med patienterna	29
3.6.3 ... ifråga om teamets övriga arbete och relation till den direkta omvärlden	31
3.6.4 ... Ifråga om förväntade effekter	35
3.7 Erfarenheter ifrån Hisingen... ..	36
4. Slutsatser.....	40
4.1 En logisk modell för team på vårdcentral	40
4.2 Diskussionsunderlag: Inför utvärdering och uppföljning av verksamheten.....	42
5. Diskussionsunderlag: Teamspecifika utmaningar	44
5.1 Teamet på Angereds vårdcentral	44
5.2 Teamet på Lärjedalens vårdcentral	45
5.3 Teamet på vårdcentralen Spinnaren	46
5.4 Teamet på Olskrokens vårdcentral.....	47

5.5	Teamet på vårdcentralen Kungshöjd	48
5.6	Team på vårdcentralen Kungssten	49
5.7	Team på Svalebo vårdcentral	50
REFERENSLISTA.....		51
Bilaga 1 – Uppdragsbeskrivning		52
Bilaga 2 – Genomgång av tidigare studier av samverkan.....		54
Bilaga 3 – Metoddiskussion.....		56
Bilaga 4 – Intervjuguide teamsamordnarna.....		59
Bilaga 5 – Fokusgruppsguide och stimulusmaterial		60
Bilaga 6 – Frågor som ställdes i webbenkäten		62

FIGUR- OCH TABELLFÖRTECKNING

Figur 1: Illustration av programteorins princip	8
Figur 2: Analysram.....	9
Figur 3: Teamens arbete med patienterna.....	16
Figur 4: Förväntade effekter av samverkansteamens arbete.....	26
Figur 5: Logisk modell för team på vårdcentraler	40
Tabell 1: Sammanställning av teamens resurser.....	15
Tabell 2: Mall för planering av uppföljning	42
Tabell 3: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, team på Angereds VC.....	44
Tabell 4: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, Team på Lärjedalens vc.....	45
Tabell 5: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, Team på VC Spinnaren	46
Tabell 6: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, Team på Olskrokens VC.....	47
Tabell 7: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, Team på VC Kungshöjd.....	48
Tabell 8: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, team på vc Kungssten	49
Tabell 9: Svar på webbenkätens frågor rörande hinder för teamarbetet, Team på Svalebo VC.....	50
Tabell 10: Detaljerad analysram och tolkningsregler.....	56

1. BAKGRUND

Myndighetsöverskridande samverkan efterfrågas idag inom en rad områden i samhället. För att få till stånd denna typ av samverkan har samordningsförbund bildats i många av Sveriges kommuner. Ett samordningsförbund är en egen juridisk person vars verksamhet möjliggjorts genom Lagen om finansiell samordning¹. Stat, landsting/region och kommun har på detta sätt getts möjlighet att samverka finansiellt. Samordningsförbunden består av fyra parter; försäkringskassa, arbetsförmedling, kommun och region/landsting. Syftet med samordningsförbunden är att parternas lokala aktörer skall ges möjlighet att utveckla det gemensamma välfärdsarbetet. I Göteborg finns fyra samordningsförbund indelade i Centrum, Väster, Nordost och Hisingen.

I Västra Götaland har samordningsförbundens huvudmän gemensamt uttalat att man vill söka nya gemensamma vägar att stärka dem som på grund av ohälsa varit utan arbete en längre tid. Målgruppen anges vara personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna. Målet med insatserna är att den enskilde skall uppnå eller förbättra sin funktions- och arbetsförmåga.² En del av dessa insatser har bestått i att upprätta team i anslutning till vårdcentraler. Dessa team består av grupper av professionella från flera av samordningsförbundens parter (försäkringskassa, primärvård, arbetsförmedling, socialtjänst) vilka gemensamt arbetar med rehabilitering av patienter. På Hisingen har den här typen av team funnits i cirka 10 år. I stadsdelarna i väster, nordost och centrum har under de senaste tre åren sammanlagt sju team startats på vårdcentralerna Spinnaren, Angered, Lärjedalen, Olskroken, Kungshöjd, Kungssten och Svalebo. Det är i första hand dessa sju team som denna studie behandlar. Dessa team har gått under olika benämningar, bland annat *FÖRSAM-team* och *team på vårdcentral*. Vi kommer för enkelhets skull härnäst kalla samtliga för team.

1.1 OM STUDIEN

Studiens syfte är att ge en nulägesbeskrivning av de sju team som relativt nyligen har startats i centrum, väster och nordost. I studien skall teamens arbetssätt beskrivas i syfte att skapa kunskap om teamens arbete samt för att kunna fungera som underlag för kompetensöverföring mellan teamen. Syftet med studien är också att göra en jämförelse mellan olika team och att fånga upp lärdomar som de dragit genom sitt arbete så här långt. Studien utgör ingen utvärdering och den jämförelse som görs syftar enbart till att förutsättningslöst lyfta upp de skillnader och likheter som går att identifiera. I viss mån kommer även erfarenheter från Hisingen att inkluderas. Slutligen finns också en tanke om att studien skall kunna fungera som underlag för planering av utvärdering och uppföljning av den här typen av verksamhet. Arbetet med studien leds av tre övergripande frågeställningar:

Beskrivning: Hur är teamen uppbyggda och hur arbetar man?

Jämförelse: Vilka likheter och skillnader finns mellan de olika teamen?

Lärdomar: Vilka lärdomar har teamen dragit av sitt arbete?

¹ Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

² http://www.susam.se/finsam/starta_forbund/rek_stod_finsam_2007.pdf

Studien har beställts gemensamt av de fyra samordningsförbunden i Göteborg och har utförts av Konkludo AB. En detaljerad beskrivning av uppdraget finns i bilaga 1. De personer som har ett intresse i studiens resultat är förutom beställarna den personal som arbetar i och i anslutning till teamen. Studien kan också vara av intresse för andra aktörer som överväger eller planerar att starta liknande team på vårdcentraler.

1.2 LÄSANVISNING

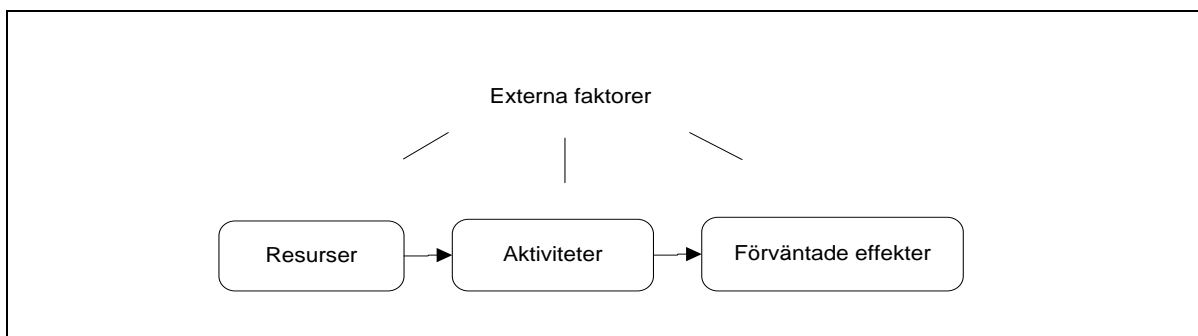
För att öka rapportens användbarhet och underlätta för läsaren har vi valt att placera en del av vårt arbete i bilagor. För den mest intresserade läsaren finns därför metoddiskussion och en genomgång av tidigare studier om samverkan att finna först i slutet av rapporten. Programteori är ett centralt begrepp i studien och nedanstående genomgång av studiens design är viktig för förståelsen.

2. STUDIENS DESIGN

Studien kommer att ha en programteoretisk ansats. Detta innebär att vi beskriver och analyserar teamen med hjälp av programteori. En programteori tydliggör de antaganden som finns om hur ett projekt, en insats eller en verksamhet skall fungera. Att beskriva en verksamhet med hjälp av programteori innebär att dessa antaganden tydliggörs. Vilka resurser skall användas/ används? Vilka aktiviteter skall genomföras/genomförs med hjälp av dessa resurser? Vilka effekter tänker man sig att aktiviteterna har? Att tydliggöra en verksamhets programteori handlar också om att avgränsa verksamheten från omvärlden. Vilka faktorer är en del av själva verksamheten och vilka faktorer ligger utanför?³ I figur 1 nedan illustreras programteorins mest grundläggande byggstenar.⁴

Vi har valt att arbeta med en programteoretisk ansats dels eftersom vi ville ha en gemensam ram för att beskriva och förhålla oss till de olika teamen, dels eftersom programteori är ett användbart verktyg vid planering av hur en verksamhet skall följas upp eller utvärderas.

FIGUR 1: ILLUSTRATION AV PROGRAMTEORINS PRINCIP

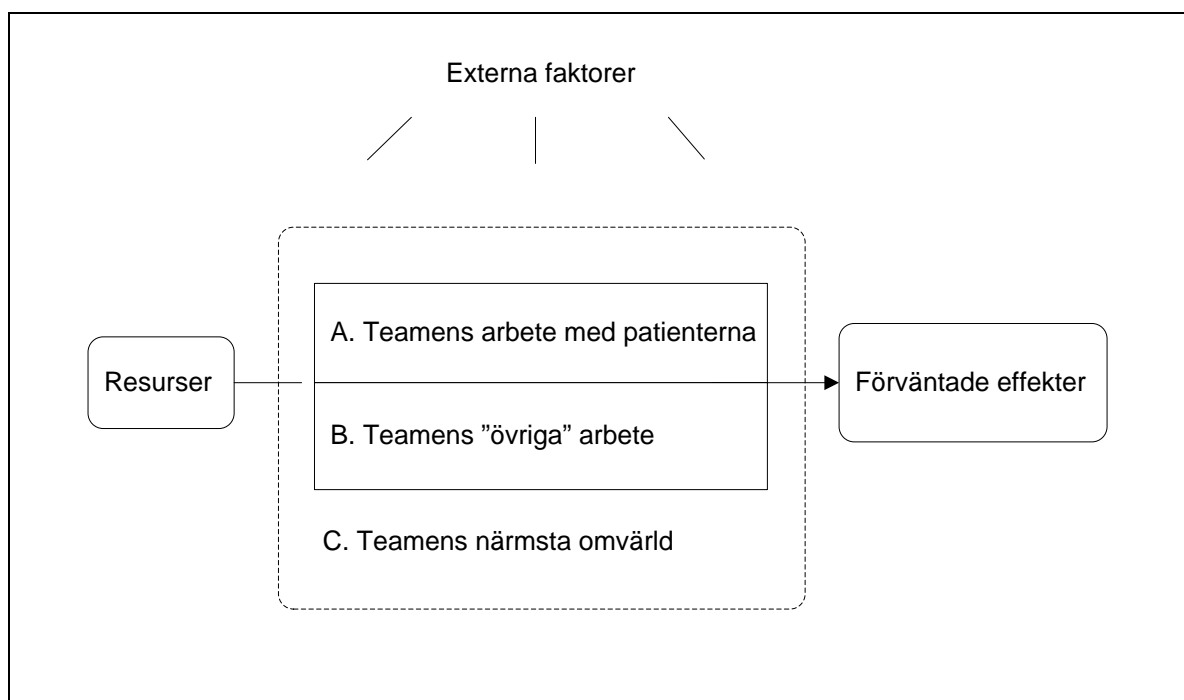


³ Chen (1990), Rogers (2000), Rossi, Freeman, Lipsey (2004)

⁴ Vanligen innefattar en programteori även *prestationer* i ett led mellan aktiviteter och effekter. Eftersom det inte tillför vår analysram något väljer vi i detta fall att inte inkludera dessa.

I vår studie delar vi upp de aktiviteter som utförs av teamen i två delar, dels det arbete som teamen utför med patienterna, dels teamets övriga arbete. Arbetet med patienterna innefattar de aktiviteter som är direkt kopplade till att påverka eller förbättra situationen för patienterna, exempelvis möten med patienterna. Förutom detta består teamens arbete av ett antal aktiviteter som inte är lika direkt kopplade till att ge patienten stöd. Det kan exempelvis handla om arbete med att förankra teamens verksamhet på vårdcentralen. Förutom denna uppdelning ser vi också en anledning att göra en avgränsning av teamens omvärld. Teamens verksamhet är nära beroende av de aktörer som finns i deras närmsta omvärld, d.v.s. vårdcentralerna, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och samordningsförbunden. Vidare finns det faktorer som är helt externa, men som ändå kan påverka verksamheten, en sådan faktor är till exempel lågkonjunktur i samhällsekonomin. På detta sätt skapar vi en ram att använda när vi analyserar teamen. Se figur 2 nedan för en illustration.

FIGUR 2: ANALYSRAM



När vi studerar teamen fokuserar vi på vilka resurser som finns i teamen, hur teamen arbetar med patienterna och vilket arbete de utför i övrigt. Vi söker också information om vilka effekter de förväntar sig av sin verksamhet (se bilaga 3 för en mer detaljerad redogörelse av analysramen).

2.1 PRECISERADE FRÅGESTÄLLNINGAR

Med hjälp av analysramen (och en genomgång av tidigare studier av samverkan som redovisas i bilaga 2) kan vi precisera de frågeställningar som skall besvaras inom ramen för den här studien.

Programteori:

- Vilka resurser finns i teamen (kompetens, erfarenhet, yrkesprofessioner, lokaler)?
- Hur arbetar teamen konkret i mötet med patienten, vilka likheter och skillnader i arbetssätt finns och varför har teamen valt att arbeta som de gör?

- Vilka arbetsuppgifter utför teamen förutom arbetet med patienterna?
- Vilka effekter tänker sig teamen att deras verksamhet har och skiljer detta sig åt mellan olika team?

Gynnsamma och hindrande faktorer:

- Vilka faktorer kan identifieras som gynnsamma eller hindrande för teamens arbete?
- Vilka av programteorins led berör dessa faktorer?

2.2 METOD

I vårt uppdrag låg i första hand att beskriva teamen och deras arbetssätt samt att fånga upp teamens erfarenheter. Datainsamlingen har bestått i att vi intervjuat personer som på olika sätt arbetar i och i anslutning till teamen. Ingen information har samlats in från vare sig patienter eller övriga representanter för de samverkande parterna då detta inte låg inom ramen för uppdraget. Datainsamlingen har genomförts under perioden juni – oktober 2008 och omfattat totalt 39 personer. Nedan diskuteras översiktligt hur vi har gått tillväga. För en mer omfattande metoddiskussion se bilaga 3.

Individuella intervjuer

Individuella intervjuer har genomförts med personer som haft en mer samordnande roll i teamen⁵. Intervjuerna har varit semistrukturerade. Det innebär att vi har använt en intervjumall som utgångspunkt men att vi även varit öppna och lyhörda i de fall intervjupersonen velat delge sådant som legat utanför intervjumallen. Intervjufrågorna var strukturerade kring fyra teman: resurser, aktiviteter, förväntade effekter samt gynnsamma och hindrande faktorer. De sex intervjuerna genomfördes i juni, augusti och september 2008. Fem av intervjuerna ägde rum på intervjupersonernas respektive arbetsplats. En intervju genomfördes på Konkludos kontor. Intervjumallen som användes i dessa intervjuer återfinns i bilaga 4.

Gruppintervjuer

Gruppintervjuer har genomförts i samtliga sju team. Syftet med gruppintervjuerna var att låta teamen beskriva hur de arbetar. Efter inledande frågor om uppdrag, målgrupp och arbetsprocess presenterade intervjuaren korta beskrivningar av fiktiva patientärenden, dessa fiktiva ärenden hade vissa karakteristika som bedömts vara typiska och viktiga för team på vårdcentraler. Det handlar alltså om hypotetiska situationer som konstruerats så att de är så verklighetsnära som möjligt. Ärendena beskrev två olika patienter med olika problematik vad gäller exempelvis sjukdomsbild, försörjningssätt, familjesituation, kön och ålder. Ärendena användes som stimulusmaterial och teamen

⁵Samordnaren för teamet i Lärjedalen var vid intervjutillfället nytillträdd på tjänsten. Därför intervjuades vårdcentralschefen Barbro Rothelius som även fungerar som teamets kontaktläkare. Samordnaren för teamen i Svalebo och Kungssten var också nytillträdd vid intervjutillfället varför vi istället intervjuade den tidigare samordnaren, Peter Svensson.

uppmanades, med hjälp av stödfrågor från intervjuaren, att behandla dessa ärenden som om de vore verkliga i syfte att få en bild av hur det konkret går till när teamen arbetar. Den här delen av intervjuerna bidrog till att jämförelsen mellan teamen underlättades. Gruppintervjuerna tog c:a 2,5 timma och ägde rum på respektive vårdcentral under slutet av augusti och början av september 2008. En beskrivning av intervjuernas upplägg och det stimulusmaterial som användes finns i bilaga 5.

Webbenkät

I syfte att få en så heltäckande bild som möjligt av teamen och deras arbetssätt skickade vi även ut en webbaserad enkät till samtliga teammedlemmar. I utformningen av enkätfrågorna använde vi dels den kunskap vi inhämtat vid en genomgång av tidigare studier av samverkan, dels en preliminär analys av resultatet av intervjuerna. Enkäten innehåller frågor om svarspersonens bakgrund och utbildning, teamens styrning, gynnsamma och hindrande faktorer samt lärdomar. Av de 37 enkäter som skickades ut fick vi 35 svar, vilket innebär en svarsfrekvens på 94 procent. Eftersom syftet med denna studie är att kartlägga hur teamen arbetar fick de tre personer som ingår i två team svara på enkäten två gånger, en gång för varje team som man arbetar i. Frågorna som ställdes i enkäten återfinns längst bak rapporten som bilaga 6.

3. RESULTAT

Nedan presenteras resultatet av vår studie. Vi börjar med att beskriva teamens resurser och arbete med patienterna. Därefter beskrivs teamens övriga arbete och verksamheternas förväntade effekter. Slutligen identifieras faktorer som av intervjupersonerna upplevs, på ett positivt eller negativt sätt, påverka arbetet.

3.1 TEAMENS RESURSER

Angered

Vårdcentralen i Angered ligger vid Angered's torg i Göteborgs nordöstra delar. Vårdcentralens upptagningsområde består av knappt 16 000 invånare⁶. Teamet på den här vårdcentralen startade hösten 2007 men kom inte igång med arbetet ordentligt förrän i januari 2008. Idag består teamet av fem personer. Två av dessa är socialsekreterare från socialkontoren i Lärjedalen och Gunnared, och arbetar 50 respektive 75 procent i teamet. Försäkringskassans representant arbetar i teamet på 60 procent. Teamet har även en kurator som arbetar 25 procent. Arbetsförmedlingens representant har en halvdag i veckan, vilket motsvarar tio procent av en heltidstjänst, avsatt för teamet. Detta team har dessutom en "inofficiell" medlem, en rehabkoordinator som inom ramen för samordningsförbundet i nordost arbetar för ökad förståelse mellan vård och socialtjänst. Teamet har ingen egen lokal men använder vårdcentralens konferenslokal vid de möten man har en dag varannan vecka. Representanterna från socialtjänsten och försäkringskassan har egna lokaler på vårdcentralen. Teamet har möjlighet att få förtur till läkartider för sina patienter. Teamet har även en kontaktperson i läkarkåren som fungerar som en länk mellan teamet och läkarna på vårdcentralen. Det är till denna läkare som teamet i första hand vänder sig när det gäller läkarkontakter.

Lärjedalen

Vårdcentralen i Lärjedalen ligger i närheten av Hjällbo kyrka, även denna i den nordöstra delen av Göteborg. Upptagningsområdet består av knappt 20 000 personer⁷. Samverkansteamet på Lärjedalens vårdcentral startade i maj 2006. Från början ingick personer från vårdcentralen, försäkringskassan och socialtjänsten i teamet. Socialtjänstens representant arbetar heltid och försäkringskassans 60 procent i teamet. Idag ingår även en person från arbetsförmedlingen, som arbetar i teamet en dag varannan vecka, samt en sjukgymnast och en arbetsterapeut på 50 respektive 100 procent. Teamet har ett eget rum där man träffas två dagar i veckan. Dessutom har försäkringskassan och socialtjänsten ett eget rum på vårdcentralen. Varje läkare på vårdcentralen har en halvtimme i veckan avsatt för teamärenden. Även i detta team fungerar en läkare som särskild kontaktläkare för

⁶ Uppgifterna är hämtade från *RAPPORT 2007: Beskrivning av vårdcentralerna och dess upptagningsområden per primärvårdsområde* utgiven av Västra Götalandsregionen och Göteborgs stad.

⁷ Ibid.

teamet. Denna läkare deltar på teamets möten ungefär en gång i månaden för att diskutera vissa patientärenden och metodutveckling kring samverkan på vårdcentralen.

Spinnaren

Vårdcentralen Spinnaren ligger vid Gamlestadens fabriker och har ett upptagningsområde som omfattar nästan 44 000 invånare⁸. Teamet på vårdcentralen Spinnaren började ta form i januari 2007. I september samma år var teamet komplett och då drog arbetet igång på allvar. Teamet har sex medlemmar. Två kommer från socialtjänsten och representerar var sitt kontor, Kortedala och Bergsjön. De arbetar 75 respektive 100 procent i teamet. Försäkringskassans representant arbetar heltid i teamet, kuratorn halvtid och psykologen, som kommer från arbetsförmedlingen, 30 procent. Spinnaren är det enda teamet i vilket en läkare ingår. Läkaren arbetar i teamet 20 procent. Teamet har ingen egen lokal men träffas en heldag i veckan i ett av vårdcentralens konferensrum. Dessutom har de tre personerna från socialtjänsten och försäkringskassan ett rum på vårdcentralen. De fasta läkarna på vårdcentralen har en halvtimme i veckan avsatt för teampatienter.

Kungshöjd

Vårdcentralen i Kungshöjd ligger i Göteborgs centrala delar. Upptagningsområdet omfattar drygt 26 000 personer⁹. Teamet på Kungshöjds vårdcentral har varit igång sedan juni 2007 och består av fem personer varav fyra arbetar halvtid i teamet. Koordinatoren, som är utbildad socionom och diplomerad familjeterapeut, arbetar 75 procent. Teamet har en representant från arbetsförmedlingen, en från försäkringskassan och en arbetsterapeut från primärvården. Kungshöjd har som enda team med en handläggare från socialtjänstens funktionshinderenhet i teamet. Man har ett eget rum på vårdcentralen där man sitter tillsammans sammanlagt två dagar i veckan. Teamet i Kungshöjd bokar vid behov läkartider för teampatienterna tillsammans med läkaren. Läkarna på vårdcentralen har inga fasta tider reserverade för teampatienter.

Olskroken

Vårdcentralen i Olskroken ligger hundra meter ifrån Olskroksmotet. I dess upptagningsområde finns knappt 27 000 invånare¹⁰. Teamet på Olskrokens vårdcentral startade i februari 2007 och har idag fyra medlemmar, en kurator som arbetar på 75 procent i teamet samt en representant vardera från försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsförmedlingen, alla tre på halvtid. Teamet har egen lokal där man träffas två dagar i veckan. Teamet har möjlighet att boka tider för teampatienterna i läkarnas kalendrar.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

Kungssten

Vårdcentralen i Kungssten ligger i Göteborgs västra stadsdelar och har ett upptagningsområde omfattande drygt 18 000 invånare¹¹. Teamet på Kungsstens vårdcentral startade i maj 2007 men blev inte komplett förrän augusti samma år. Teamet består av sex personer: en psykolog och en kurator på halvtid, en sjukgymnast som efter behov delar sin tjänst mellan teamen i Kungssten och Svalebo, samt en representant vardera från socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Socialtjänstens representant arbetar c:a tolv timmar per vecka i teamet, arbetsförmedlingens c:a åtta timmar. Försäkringskassans representant sitter på vårdcentralen två dagar i veckan. Teamet har en lokal på vårdcentralen där man har möte en dag i veckan. Alla läkare på vårdcentralen har reserverat 30 minuter i veckan som samordnaren kan boka för teamärenden.

Svalebo

Svalebo vårdcentral ligger i Högsbo. Upptagningsområdet omfattar knappt 19 000 personer¹². Teamet på Svalebo vårdcentral har funnits sedan augusti 2005 och består idag av sex personer. En sjuksköterska på 20 procent, en sjukgymnast som beroende på behov delar sin heltidstjänst mellan teamen i Kungssten och Svalebo, en representant från socialtjänsten som ägnar c:a sex timmar i veckan åt teamarbetet, en representant från försäkringskassan på 25 procent, en person från arbetsförmedlingen på c:a 20 procent, samt en psykolog vars arbetstid i teamet varierar med arbetsbelastningen för teamet. Försäkringskassans representant har ett rum på vårdcentralen. Teamet har ingen egen lokal men använder gemensamma möteslokaler för sitt veckomöte. Man har möjlighet att boka in läkare till detta veckomöte för diskussion och rådgivning under 30 minuter.

Sammanfattningsvis

Som visas i tabell 1 nedan består teamen av mellan fyra och sex personer. Av samtliga 34 teammedlemmar är 31 kvinnor och tre män. Teamen har varit igång mellan ett och tre år. Teamet i Svalebo startade först, i augusti 2005. Teamet i Angered startade hösten 2007 och är därmed det nyaste av de team som ingår i studien. I samtliga team ingår minst en representant från vardera vården, arbetsförmedlingen, försäkringskassan och socialtjänsten. Alla team samarbetar med läkarna på vårdcentralen på olika sätt. I de flesta fall har teamet tillgång till särskilda läkartider som är reserverade för teamets patienter. Det förekommer även att en läkare fungerar som kontaktperson mellan teamet och läkarkåren.

Teammedlemmarnas arbetstid varierar mellan 10 och 100 procent. Av de 37 personerna är det 5 som har hela sin arbetstid (50, 75 eller 100 procent) förlagd i teamet. Övriga delar sin tjänst mellan teamet och sin hemmaorganisation. Det vanligaste är att man endast ingår i ett team, men tre personer arbetar i två team.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

TABELL 1: SAMMANSTÄLLNING AV TEAMENS RESURSER

VC	Start	Egen lokal på VC	Teammedlemmar och deras yrkesprofessioner	Teammedlemmarnas aktivitetsgrad i teamet	Antal år verksam inom yrkesområde	Läkartillgång
Angered	Höst 2007	Nej	Handläggare AF	Cirka 10 %	30	Förtur till läkartider. En läkare är kontaktläkare för teamet
			Handläggare FK	60 %	Ej svar	
			Socialsekreterare Gunnared	75 %	3	
			Socialsekreterare Lärjedalen	50 %	8	
			Kurator	50 %	24	
			(Rehabkoordinator)	"Inofficiell medlem"	-	
Lärjedalen	Maj 2006	Ja	Handläggare AF	Cirka 10 %	30	Möjlighet att boka varje läkare 30 minuter i veckan. En läkare är kontaktläkare för teamet
			Handläggare FK	60 %	34	
			Socialsekreterare	100 %	8	
			Sjukgymnast,	50 %	19	
			Arbetsterapeut	100 %	4	
Spinnaren	Jan 2007	Nej	Psykolog AF	30 %	35	Läkare i teamet. Möjlighet att boka de fasta läkarna 30 minuter i veckan
			Handläggare FK	100 %	32	
			Socialsekreterare Kortedala	75 %	11	
			Socialsekreterare Bergsjön	100 %	7	
			Kurator	50 %	2	
			Läkare	20 %	18	
Kungshöjd	Jun 2007	Ja	Handläggare AF	50 %	34	Inga fasta tider. Bokar in vid behov.
			Handläggare FK	50 %	8	
			Socialsekreterare Funktionshindersenheten	50 %	20	
			Arbetsterapeut	50 %	17	
			Socionom/familjeterapeut socialtjänsten	75 %	23	
Olskroken	Feb 2007	Ja	Handläggare AF	50 %	30	Teamet har möjlighet att boka tider för teampatienter direkt i läkarnas kalendrar.
			Handläggare FK	50 %	3	
			Socialsekreterare	50 %	10	
			Kurator	75 %	8	
Kungssten	Maj 2007	Ja	Handläggare AF	Cirka 8 timmar per vecka	18	Möjlighet att boka läkarna 30 minuter i veckan
			Handläggare FK	2 dagar i veckan	4	
			Socialsekreterare	Cirka 12 timmar per vecka	20	
			Psykolog	50 %	22	
			Kurator	50 %	17	
			Sjukgymnast	100 % som delas med Svalebo	6	
Svalebo	Aug 2005	Nej	Handläggare AF	Cirka 20 %	18	Möjlighet att boka läkarna 30 minuter i veckan
			Handläggare FK	25 %	5	
			Socialsekreterare	Cirka 6 timmar per veckan	Ej svar	
			Sjuksköterska	20 %	30	
			Sjukgymnast	100 % som delas med Kungssten	6	
			Psykolog	Varierar med behov i teamet	15	

Tabellförklaring: AF betyder arbetsförmedlingen, FK betyder försäkringskassan. Med egen lokal avses ett rum där hela teamet kan sitta tillsammans och arbeta och som bara används av teamet

Samtliga team har en samordnare som har ett mer övergripande ansvar vad gäller t.ex. planering och dokumentation av teamets arbete samt teamets kontakt med vårdcentralen och andra aktörer. I teamen i Angered, Spinnaren, Kungshöjd och Olskroken är det kuratorn som är samordnare och i Lärjedalen är sjukgymnasten samordnare. Svalebo och Kungssten har en gemensam samordnare som arbetar heltid för tre team.¹³ Denna person kommer från Försäkringskassan.

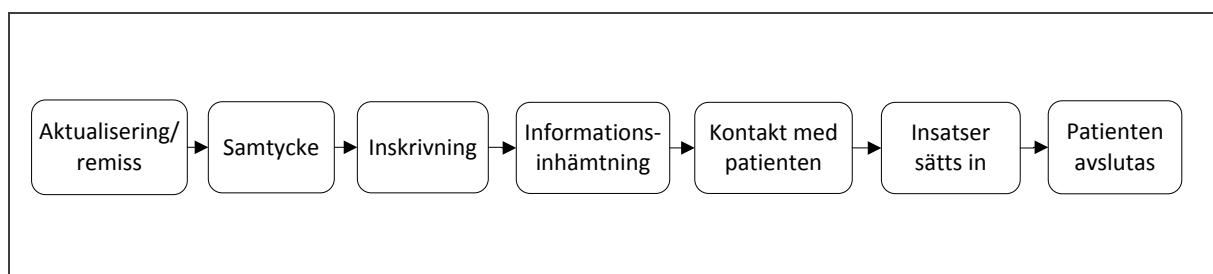
Fyra av de sju teamen har en egen lokal. Med egen lokal menas ett rum där hela teamet kan sitta tillsammans och arbeta och som bara används av teamet. De team som inte har en egen lokal använder vårdcentralens konferensrum eller liknande för sina teammöten.

Teammedlemmarnas yrkeserfarenhet lyfts av intervjupersonerna fram som en viktig resurs i teamen. Resultatet av enkäten visar att majoriteten av teammedlemmarna (62 procent) i de team som ingår i studien har minst tio års erfarenhet inom sin yrkesprofession. Även erfarenhet av liknande teamarbete ses som en resurs. Enkäten visar att 78 procent har tidigare erfarenhet av att arbeta i team. Mer än hälften av dessa har erfarenhet från team som liknar dem som vi studerar i denna studie, d.v.s. team där personer från olika myndigheter/organisationer ingår.

3.2 TEAMENS ARBETE MED PATIENTERNA – VAD ÄR GEMENSAMT OCH VAD SKILJER DEM ÅT?

Vår analys visar att arbetssätten visserligen skiljer sig åt men att det går att beskriva teamens arbete som en process i sju steg, se figur 3. Nedan beskrivs i tur och ordning dessa steg och vi lyfter fram och tydliggör där skillnader finns teamen emellan. De olika stegen i processen överlappar varandra i vissa team, vilket innebär att de inte nödvändigtvis kommer i kronologisk ordning.

FIGUR 3: TEAMENS ARBETE MED PATIENTERNA



Aktualisering/remiss

Det första steget är att patienten blir aktuell för teamet. Detta kan ske på flera olika sätt. I Angered och Lärjedalen är det oftast teammedlemmarna själva – främst de som kommer socialtjänsten och försäkringskassan - som uppmärksammar och introducerar patienter i teamet. Att läkare remitterar till dessa team förekommer men är inte så vanligt. I Kungssten, Svalebo, Spinnaren, Olskroken och Kungshöjd kommer de flesta remisserna från läkare eller annan personal på vårdcentralen. I dessa team är det relativt ovanligt att remisser kommer från socialtjänst och försäkringskassa. I Olskroken skall läkarna remittera alla som varit sjukskrivna mer än fyra veckor till teamet. I Svalebo och Kungssten finns möjlighet för patienterna remittera sig själva till teamet. För att underlätta för patienter

¹³ Det tredje är det relativt nystartade teamet i Västra Frölunda som inte ingår i denna studie.

att själva ta kontakt med teamen har man lagt ut broschyrer med kontaktuppgifter och information om teamen i vårdcentralens väntrum. Att patienter remitterar sig själva är dock inte särskilt vanligt. Betydelsen av att läkare, sjuksköterskor, kuratorer och annan personal på vårdcentralen samarbetar med teamet och är aktiva i att remittera patienter framhålls av flera team.

Samtycke

Grunden för teamens arbete är att medlemmarna i teamen öppet kan diskutera patientens situation med varandra. För detta krävs att sekretessen upphävs under den tid som patienten är aktuell i teamet. Detta sker genom att patienten ger sitt samtycke till att sekretessen bryts. Patienterna i teamen i Angered, Lärjedalen, Spinnaren och Kungshöjd ger sitt samtycke tillsammans med den som remitterar honom eller henne till teamet. Det innebär att den som remitterar patienten till teamet också informerar om hur samverkansteamet arbetar och i samband med detta ber om patientens samtycke till att sekretessen bryts. I Kungssten och Svalebo får patienten skriva på samtycket under inskrivningssamtalet. Patienterna i Olskrokenteamet ger ofta ett första samtycke muntligt till den läkare som remitterar eller i ett telefonsamtal med samordnaren. Patienten får skriva på ett skriftligt samtycke första gången han eller hon träffar teamet.

Inskrivningssamtal

Några team har ett förberedande samtal med patienten innan beslut fattas om patienten skall skrivas in i teamet eller inte. I teamen i Svalebo och Kungssten kallas detta för inskrivningssamtal. Efter inskrivningssamtalet gör teamet en bedömning om huruvida de bör skriva in patienten i teamet. I Olskroken ringer samordnaren upp patienten för ett samtal efter att ha fått in en remiss, varefter beslut fattas om patienten bör bli aktuell för teamet eller inte. I Spinnaren kan det förekomma att en i teamet träffar patienten för ett samtal innan han/hon möter hela teamet för första gången. Detta samtal har man främst då patienten inte har haft kontakt med någon i teamet tidigare, eftersom man ser en fördel i att patienten känner en person i teamet lite bättre. Övriga team uppger att de som regel träffar patienten utan att ha ett första inskrivningssamtal.

Informationsinhämtning

När patienten har lämnat sitt samtycke söker varje teammedlem efter information om patienten på respektive myndighet. Har patienten exempelvis varit aktuell inom socialtjänsten? Har han eller hon varit inskriven på arbetsförmedlingen? Vilka bedömningar har gjorts inom vården? Denna information diskuteras sedan antingen gemensamt av hela teamet, eller av de teammedlemmar som är berörda av ärendet, på en remissgenomgång. Teamen i Kungssten och Svalebo träffas en gång i veckan och går igenom patienter som varit på inskrivningssamtal. Då deltar även patientens läkare på mötet för att ge information om patienten. I övriga team konsulteras läkare innan eller efter remissgenomgången om teamet anser att det behövs. Med hjälp av att varje myndighet bidrar med dessa "pusselbitar" av information om patienten kan teamen få fram en relativt heltäckande bild av patientens situation och bakgrund. Denna bild fungerar som en grund för teamet att stå på inför mötet med patienten och för de beslut som teamet senare fattar.

”Då har ju alla tittat i sin egen organisation vad det finns för historik kring den här personen, så att alla kort läggs på bordet innan beslut.”

Kontakt med patienten

En tydlig skiljelinje i teamens arbetssätt gäller om hela eller endast delar av teamet sedan engageras i patienten. På vårdcentralerna i Olskroken, Kungshöjd och Spinnaren får patienten vanligtvis träffa hela teamet, åtminstone vid det första mötet. Teamet i Olskroken låter ibland, i de fall då en patient även har en handläggare på t.ex. funktionshinder- eller missbruksenheten inom socialtjänsten, denna handläggare vara med på patientmötet. I Svalebo, Kungssten, Lärjedalen och Angered är det i regel bara de teammedlemmar som bedöms vara berörda av ärendet som träffar patienten. De team som väljer att ha alla teammedlemmar med i mötet med patienten ser en fördel i möjligheten att få en så heltäckande förståelse och bedömningsgrund som möjligt:

”Vi har haft mycket diskussioner kring detta, hur vi ska göra. Och jag kan säga så här, att vi tror på, vi vill ju ändå pröva den metoden att vi alltid är alla vid första mötet för att just ... att varje person med sin kompetens kommer hit för att fånga behov, för att man ska kunna göra lämpliga rehabiliteringsinsatser, och det är ju ingen annan som kan se dom behoven som dom personerna som är från respektive myndighet.”

När denna helhetsbedömning är gjord blir det lättare att fatta beslut om vem eller vilka i teamet som lämpligen skall stå för insatserna i det följande arbetet med patienten.

Ytterligare en motivering att låta samtliga teammedlemmar delta i bedömningen är att patientens upplevelse av att bli sedd och lyssnad på av flera personer samtidigt är mycket viktig och kan ha en starkt motiverande effekt för patientens deltagande i rehabiliteringen. De team som valt att inte sitta hela teamet tillsammans med patienten motiverar detta bland annat med att det sparar tid och gör arbetet effektivare. En person säger, angående att låta hela teamet träffa patienten,

”Det känns lite som att använda det tyngsta vapnet och inte börja med det lägsta, man behöver ju inte ta i med de kraftfullaste åtgärderna innan man har provat de lättaste.”

De val teamen gör när det gäller vilka som träffar patienterna och hur mötena med dem ser ut kan också hänga ihop med hur man ser på samverkan:

”Samverkan innebär ju inte att alla måste liksom sätta oss ner som getingar runt en person utan se oss som resurspersoner för varandra, för våra respektive myndigheter, sen om det är en, två eller tre inkopplade, det får ju behovet avgöra men det är likväl en samverkan, även om jag och XX pratar så är det en samverkan mellan oss och det är väl det som samverkan handlar om, att vi ska vara resurser för varandra med utbyte av information och en resurs för patienten eller klienten.”

Gemensamt för alla team är att en person i teamet fungerar som en kontaktperson för patienten under den tid han/hon är aktuell för teamet. Denna kontaktperson väljs ut på olika sätt. Det kan bli den teammedlem vars myndighet ansvarar för försörjningen, vilket förekommer på Spinnaren, Angered och Lärjedalen. Det kan också bli den vars myndighet är mest berörd av ärendet - är patientens problem huvudsakligen medicinskt, arbetsinriktat eller socialt? Att kontaktperson väljs ut på detta sätt förekommer i Kungshöjd och Olskroken. I de fall en teammedlem aktualiserat en patient för

teamet är det vanligt att denna person håller kontakten med patienten under processens gång. Det händer också, vilket teamet i Kungssten lyfter fram, att patienten själv väljer ut en person i teamet som han eller hon mest knyter an till och får särskilt förtroende för. Vi vill framhålla att teamen inte förefaller ha ett enda sätt att välja ut den som blir kontaktperson, utan att detta är något som inom varje team kan variera från fall till fall. Det kan också hända att fler än en i teamet håller kontakt med patienten, t.ex. en person som är aktivt involverad i patientens behandling och en vars myndighet ansvarar för patientens försörjning.

Insatser

Efter mötet med patienten fattar teamet beslut om vilka insatser som skall sättas in. De sju teamen arbetar med ett brett spektrum av rehabiliterande insatser. Vilka insatser som ett team väljer att arbeta med beror på själva teamet - vilken kompetens som finns och vilken inriktning det enskilda teamet valt för sin verksamhet. Till största delen beror dock insatserna på patienten: Är patienten arbetslös och i så fall sedan hur länge? Hur länge har patienten varit sjuk? Vilken diagnos har patienten? Är problematiken fysisk, psykisk eller både och? Vilken försörjning har patienten – vilken myndighets resurser kan användas?

Beroende på patienternas situation väljer teamen olika typer av insatser. För patienter med tyngre problematik kan det t.ex. handla om att teamet börjar med att på olika sätt hjälpa patienten med att skapa en fungerande dygnsrytm och en strukturerad vardag, för att i ett senare skede sätta in insatser som mer direkt syftar till att öka patientens arbetsförmåga, t.ex. arbetsträning. För teamen i Angered, Lärjedalen och Spinnaren är det relativt vanligt att arbeta med patienter på detta sätt. Det förekommer ofta att dessa team arbetar med patienter som under lång tid varit aktuella på en eller flera av de samverkande myndigheterna, exempelvis på grund av långvarig sjukdom eller arbetslöshet. Dessa team uppger att de ofta, men inte alltid, har svårigheter när det gäller att skapa en rehabiliteringskedja som är kort och som snabbt leder till arbete eller stärkt arbetsförmåga. De team som verkar i Göteborgs centrala och västra delar verkar i högre grad kunna arbeta med åtgärder som mer direkt är inriktade på att få tillbaka patienten i arbete. Det kan handla om sjukgymnastik, samtalsbehandling och kontakt med arbetsgivare.

Skillnaderna i de förutsättningar som råder i teamens direkta omvärld återspeglas alltså i teamens arbete, i vilken typ av insatser som vanligen sätts in och hur lång tid rehabiliteringsarbetet med en patient brukar pågå. Vi kan konstatera att teamen anpassar sin verksamhet efter de behov som finns hos människorna i vårdcentralens upptagningsområde. Vi vill framhålla att alla team uppger att de arbetar såväl med patienter som har relativt lätt problematik som med patienter med en mer komplex bakgrund, men det är fördelningen av dessa grupper som verkar skilja sig åt mellan teamen vi studerat.

Ofta bedömer teamen att en patient behöver utredas ytterligare medicinskt för att en korrekt bedömning av patientens rehabiliteringsbehov skall kunna göras. Samtliga team hänvisar därför patienter till insatser inom vården: läkarbesök, arbetsförmågebedömningar eller besök hos någon specialist, t.ex. ortoped. Sjukgymnastik används flitigt. I teamen i Kungssten och Svalebo arbetar man mycket med en typ av sjukgymnastik som kallas för basal kroppskänedom, som till stor del handlar om sambandet mellan den psykiska och fysiska hälsan. Alla team arbetar med arbetsträning och praktik i lägre eller högre grad, beroende på vilken grupp av patienter man huvudsakligen tar in i

teamet. En vanlig insats i Lärjedalens team är den s.k. Trappan, vilket är en aktivitetstrappa där varje trappsteg innebär en viss grad av aktivitet för patienten. Översta trappsteget innebär att man bedöms klara av att arbeta och att man får stöd av olika slag i att söka arbete. Praktik och arbetsträning kan patienterna få antingen genom arbetsförmedlingens försorg eller genom socialtjänsten. Socialtjänsten köper även in insatser från ideella organisationer, t.ex. Stadsmissionen och Reningsborg, till teampatienter.

En skillnad mellan teamen är att några både behandlar patienterna inom teamet och hänvisar till insatser i de samverkande myndigheternas regi, medan några inte alls behandlar själva utan bara remitterar till andra instanser. Svalebo och Kungssten behandlar patienter själva genom både basal kroppskännedom och samtals hjälp. Teamet i Lärjedalen ger också behandling i form av arbetsterapi och sjukgymnastik. I Angered och Olskroken kan patienten få samtalsbehandling av kuratorn i teamet. Teamen i Kungshöjd och Spinnaren uppger att de inte behandlar några patienter i själva teamet utan istället hänvisar dem vidare.

Inget av teamen uppger att de själva köper in externa tjänster för sina patienters räkning. Alla insatser sker istället med hjälp av befintliga resurser i teamet och/eller via de samverkande myndigheterna.

Avslut

De kriterier som teamen använder för när en patient skall avslutas som teamärende varierar. Teamen i Kungshöjd, Lärjedalen, Spinnaren och Angered anger att patienten avslutas när en hållbar insats är etablerad.

”Målet är vi ska följa dom tills dom är inne i någon form av aktivitet som är hållbar, och då avslutar vi men det tar ju väldigt olika lång tid.”

Teamet i Olskroken anger att patienten avslutas när hon eller han är friskskriven i så hög grad som bedöms möjligt, det vill säga när sjukskrivningen upphör helt eller delvis. Teamen i Svalebo och Kungssten har som målsättning att avsluta patienterna inom sex månader.

”Målet är alltid att inom sex månader ska dom tillbaka till sin arbetsplats.[...] Om dom är arbetslösa ska de återgå till att söka arbete, försöka ta ett arbete.”

Teamet i Kungssten menar att man inte brukar skriva ut någon patient förrän man bedömer att patienten mår så pass bra och är så pass stark att han eller hon klarar att hantera sin livssituation på ett bra sätt utan stöd av teamet. Målet är fortfarande att detta skall ske inom sex månader.

”Att de har lite verktyg att hantera, att de har fått såpass många verktyg själva att de bär med sig i livet så att det kan ta tag i så att om dom hamnar i stressiga situationer så har de med sig det, och det tar lite tid ibland för vissa går det väldigt snabbt [...] just när vi känner att nu har det gått in och landat, och nu har de börjat handla också efter kunskapen de har fått här inne, både i huvudet och hjärtat, då tycker jag att de är utskrivningsklara.”

Orsaken till varför en patient avslutas kan variera beroende på patient. En anledning kan också vara att patienten får sjukersättning, vilket teamen i Angered och Lärjedalen lyfter fram som relativt vanligt förekommande.

3.3 OLIKA PATIENTGRUPPER

Teamen i Kungssten, Svalebo, Olskroken och Kungshöjd säger att de valt att fokusera arbetet på relativt "lätta" fall, d.v.s. korta sjukskrivningar och patienter som står förhållandevis nära arbetsmarknaden genom att de antingen har ett arbete eller har varit arbetslösa i kort tid. Teamen i Angered och Lärjedalen anger att de har riktat in sig på "tyngre" fall, d.v.s. personer med långa sjukskrivningsperioder, som står utanför arbetsmarknaden och där den förväntade arbetsförmågan är låg eller obefintlig. Även på teamet på Spinnaren menar att man övervägande arbetar med mer komplicerade fall. Teamet i Spinnaren hyser dock en förhoppning om att komma in tidigare i sjukskrivningsperioden än vad man hittills gjort. Bland annat arbetar man för att få läkarna att remittera patienter som varit sjukskrivna kort tid.

Beslutet att inrikta sig på tidiga sjukdomsfall motiveras av att man då kan göra mycket på kort tid. Syftet att komma in tidigt i sjukskrivningsprocessen är att undvika nya långtidssjukskrivningar. Detta har, som någon säger:

"ett preventivt syfte, att förebygga längre sjukskrivningar som är kostsamma för samhället. Fångar man in personer i rätt tid och lotsar dom till rätt instanser så är det gynnsamt samhällsekonomiskt."

Att arbeta tidigt handlar också om att avlasta andra myndigheter, vilket av flera lyfts fram som en viktig del av samverkan. Arbetar man med patienter som varit sjukskrivna en kort tid, eller inte ens har hunnit bli sjukskrivna, så kan man förhindra att personen blir aktuell på försäkringskassan eller socialtjänsten.

För de team som till övervägande del arbetar med tidiga sjukskrivningar är det särskilt viktigt att personalen på vårdcentralen uppmärksammar patienter tidigt i sjukskrivningsprocessen, så att de så tidigt som möjligt kan få ta del av teamets arbete och inte fastnar i sjukskrivning.

"Läkaren och vårdpersonalen, de har ju någon form av känselspröt faktiskt, de kan ju se när någon barkar iväg."

De som arbetar med patienter som varit sjukskrivna länge gör det därför att de anser att de måste möta behovet hos sin befolkning och anpassa sin verksamhet till verkligheten utanför vårdcentralens väggar. Man vill arbeta för dem som verkligen behöver teamet, och dit räknas inte de lättaste fallen, menar vissa. De människor som inte lider av en så komplex problematik hittar ofta hjälp på annat håll, t.ex. på företagshälsovården eller i det psykosociala team som finns på en del vårdcentraler. En teammedlem på Spinnaren säger

"Vi skulle väl inte lägga ner så jättemycket resurser om det finns andra som kan göra jobbet."

Teamen ser alltså att man gör en stor insats, inte bara för patienten utan även för vårdcentralen och de andra samverkande myndigheterna, när man fokuserar på att arbeta med tyngre ärenden. En person i Angeredsteamet beskriver det så här:

”[...] Ni har ju haft ett stort behov från socialtjänsten, och ta just gamla ärenden, och för oss på vårdcentralen är det ju jättebra, för det är precis dom som belastar läkarna som mest, [...] Så löser vi dom så har vi avlastat er jättemycket och vi har avlastat läkarna här och även oss andra för dom kommer ju till kurator och psykolog också [...] Hjälper vi den gruppen så tjänar alla på det, både myndigheterna och sjukvården och patienten och patientens anhöriga.”

3.4 TEAMETS ÖVRIGA ARBETE

En del av teamens tid går åt till arbete som inte är direkt riktat till att ge patienten stöd. Dessa olika uppgifter beskrivs nedan.

Förankring

Teamen verkar på en vårdcentral, vilket kräver en del arbete. Alla team har arbetat med att förankra teamet på vårdcentralen, genom att på olika sätt informera om vad teamet är och vad man gör. Detta förankringsarbete anges vara intensivare i början men pågår också i viss mån när teamet har blivit etablerat på vårdcentralen. I alla team deltar teamet eller en representant från teamet på arbetsplatsträffar eller/och andra möten där man informerar om teamet och får löpande information om vårdcentralens verksamhet. Exempelvis deltar teamet på Olskrokens vårdcentral regelbundet på läkarluncher, där man tillsammans med annan vårdpersonal träffar läkarna på lunch och då har möjlighet att diskutera olika frågor.

Rådgivning

Teamen i Lärjedalen, Svalebo och Kungssten anger att de har en konsultativ roll för vårdcentralens personal. Det kan handla om patientärenden, försäkringskassans regler eller att hänvisa till rätt handläggare på någon av de samverkande myndigheterna. Teamet i Kungssten beskriver hur de fungerar som bollplank för läkarna i vissa ärenden och att läkarna verkar uppskatta detta, eftersom de vanligtvis inte brukar ha någon samtalspartner när det gäller enskilda patienter. Även teamet i Lärjedalen lyfter fram den rådgivande funktion man fyller för läkarna på vårdcentralen:

”Vi har ju mycket konsultationer också där de (läkarna) frågar så här ‘Vad ska jag göra med den här patienten?’ ‘Jo, skicka den dit, eller gör si, eller jag rekommenderar det, eller jag kan titta eller ordna en tid hos en kollega eller nånting sånt’. Det är ju en konsultation.”

Vi frågade inte uttryckligen om teamens rådgivande roll, utan denna information kom fram i samband med andra frågor under intervjuerna med just dessa tre team. Övriga team har inte angivit att de har en sådan här rådgivande roll, men det går naturligtvis inte att utesluta att även de emellanåt fyller en sådan funktion på sin respektive vårdcentral.

Teamutveckling

En del team anger att de också har arbetat med teamutveckling. Den tidigare samordnaren i Kungssten och Svalebo lät dessa team få hjälp av en coach för detta och anser att det hade stor positiv påverkan på teamen:

”Det gjorde enormt mycket, underlättade för teamet jättemycket alltså. Har gjort att man får resultat och har gjort att de här personerna vill vara kvar i teamet. De tycker ju att det är roligt, [...] Då var man en grupp helt plötsligt, man har nåt gemensamt att kämpa för.”

Teamet i Spinnaren har fått hjälp av en terapeut från *Göteborgs institut för lösningsfokus* med att hitta arbetsmetoder och gemensamma förhållningssätt i teamarbetet. Man har fått handledning i att bygga upp teamet och få en god struktur på veckomötena samt vägledning vad gäller formen för mötet med patienterna. Teamet i Spinnaren upplever detta stöd som positivt och anser att det hjälpt teamet att få ut mesta möjliga av varandras kompetenser och att gemensamt arbeta mot samma mål i mötet med patienten. Handledningen har bidragit till att göra arbetet i teamet tydligare och mer fokuserat.

”Vi har ändå enats om en metodik och haft handledning som har underlättat kommunikationen, så att man förstår varandras språk på det viset.”

Teamet i Olskroken fick under en kortare period med hög personalomsättning hjälp av en processhandledare. Idag upplever man att man skulle behöva liknande vägledning på nytt för att underlätta teamets utveckling.

”Jag känner att det är nödvändigt att ha, eller det känner vi allihop, att det är någon utifrån som ser vårt arbete och kan ställa rätt frågor, det är svårt att göra det inom teamet.”

Teamen i Kungshöjd, Angered och Lärjedalen har i intervjuerna inte angett att de arbetar eller har arbetat med teamutveckling av den karaktär som beskrivs ovan.

Administration

Teamen skall även sköta en rad administrativa sysslor. Flera team pekar på att en hel del tid går åt till att sköta utvärderingsblanketterna inom ramen för DIS.¹⁴ Andra administrativa uppgifter är planering av verksamheten och arbete med att ta fram exempelvis informationsbroschyrer om teamet, samtalsunderlag och papper för remiss och samtycke.

Kommunikation, beslutsfattande och ledarskap

När det gäller hur teamen kommunicerar så har vi visat att teamen har regelbundna teammöten. Förutom dessa möten anger teamen i Angered, Kungssten, Svalebo, Lärjedalen och Kungshöjd att teamärenden diskuteras även utanför själva mötena genom kommunikation via e-post, telefonsamtal eller spontana möten. Teamet i Olskroken och Spinnaren menar att kommunikationen främst sker på

¹⁴ DIS står för Deltagare I Samverkan och är ett system för uppföljning

teammötena och att det är ganska ovanligt att man kommunicerar med de andra teammedlemmarna under resten av veckan.

Både när det gäller teamets interna arbete och för behandlingen av patienterna, krävs att beslut fattas. Resultaten från enkätundersökningen visar att teamen vanligen fattar beslut genom att diskutera sig fram till enighet. När det gäller ledarskap visar resultaten att 61 procent upplever att samordnaren fungerar som teamets ledare. Närmare 30 procent anser att man i teamet inte har något tydligt ledarskap och att teammedlemmarna leder arbetet tillsammans.

Sammanfattningsvis

Vi har sett att det går att dela in teamens arbete med patienterna i sju steg från aktualisering till avslut. En tydlig skillnad mellan teamen är att vissa har valt att ha hela teamet aktivt involverad i bedömningen av patienten medan andra team valt att enbart låta ett urval av representanter arbeta med och möta patienten. En patient kan bli aktuell för teamen på olika sätt, men det vanligaste är att läkare eller en av teammedlemmarna aktualiserar patienten. I alla team är informationsutbytet en mycket viktig del av arbetet med patienterna. Det är utifrån det som patientens behov klargörs och olika insatser övervägs. De insatser som sätts in beror på vilken kompetens som finns i teamet och vilka behov som finns hos enskilda patienter och i vårdcentralens upptagningsområde. En skillnad finns i om teamen främst jobbar med tidiga sjukskrivningsärenden eller om de också tar patienter med längre sjukdomshistorik. Förutom arbetet med patienterna utför teamen arbete som exempelvis handlar om administration och att förankra teamets verksamhet på vårdcentralen.

3.5 FÖRVÄNTADE EFFEKTER

Vi har också frågat våra intervjupersoner hur de ser på syftet med teamen. Vad tänker de sig skall ske som ett resultat av sin verksamhet? Vi försöker först på en övergripande nivå fånga alla de effekter som diskuteras i intervjuerna och grupperar dessa. Därefter lyfter vi upp de skillnader som går att identifiera. De förväntade effekter som vi kan se handlar dels naturligtvis om hur patienten skall påverkas, dels om hur samverkan skall förbättra det arbete som de samverkande aktörerna utför.

Förväntade effekter som handlar om patienter

Tanken är att patienterna, genom samordningen, skall få en ökad trygghet i mötet med vården och myndigheterna. Detta möte skall vara smidigare för patienten och hon/han skall snabbare få tillgång till den insats som passar bäst. Intervjupersoner talar också om att patienterna skall få nya insikter. Det kan handla om ökad kunskap om sin livssituation och sina problem. Ibland kan det handla om att patienterna skall upphöra att se sig själva som offer. Flera intervjupersoner nämner att de vill ge patienten ökad förståelse för hur den psykiska och den fysiska hälsan hänger ihop. Många teammedlemmar lyfter också fram att patienterna skall få ökad motivation och insikter som handlar om att det inte är "kört".

”Personen får en känsla av att den har ett stöd. Dom har flera stycken och dom har alla sina involverade kontakter på ett och samma ställe. [...] Dom kan bli motiverade att komma igång [...] jag tror att många liksom går ur rummet och man märker att dom på nåt sätt har sträckt på sig lite och ’va skönt, nu är det äntligen nåt på gång’ att dom får ett hopp kanske, om att nu kanske, denna gången kanske det kommer att funka.”

Som en följd av att patienterna får nya insikter, ökad trygghet och stärkt motivation är tanken att de skall börja förändra något i sin livsstil med målet att förbättra den fysiska och/eller psykiska hälsan. Tanken är att patienterna skall få en mer aktiv sjukskrivningsperiod vilket skall leda till en allmänt ökad livskvalitet, en ökad arbetsförmåga och därmed stärkt förmåga till egen försörjning. Även positiva förändringar för patientens anhöriga diskuteras av en del som en tänkbar effekt.

Förväntade effekter som handlar om samverkande aktörer

Förutom att patienterna skall påverkas kan vi även identifiera förväntade effekter som handlar om de samverkande aktörerna. Till exempel finns tankar om att de representanter som finns i teamet skall få ökad kunskap om varandras verksamheter och att ett gemensamt språk och förhållningssätt skall utvecklas. Den ökade kunskapen om varandras verksamheter förväntas göra arbetsprocessen effektivare. Intervjupersonerna talar också om att kommunikationsvägarna mellan aktörerna är kortare och att även detta leder till ett effektivare arbete. Tiden det tar att finna rätt insats för patienten förkortas alltså och besluten som fattas antas bli mer välgrundade då de baseras på en mer heltäckande bild av patientens problematik. På så vis förväntas samordningen göra att teamets personal blir tryggare i sina beslut och säkrare på vilken insats som är rätt för patienten.

Det finns många tankar som handlar om hur teamens verksamhet hjälper och avlastar de samverkande myndigheterna. Teamen antas hjälpa vårdcentralen med att identifiera rätt hjälp genom att skapa en bättre helhetsbild över patientens problem och därmed möjliggöra en mer träffsäker diagnostik. Vårdpersonal behöver heller inte, som någon uttrycker det, fungera som ”socialarbetare”. När rätt insats kan identifieras minskar risken för att patienten överbehandlas och/eller ”vandrar runt i systemen”. Någon talar också om att läkare och psykologer avlastas när teamet tar över tunga fall eller fall som gått i stå. Teamens arbete förväntas också förbättra situationen för försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst genom att teamet kan förhindra att en patient blir aktuell på någon av dessa myndigheter.

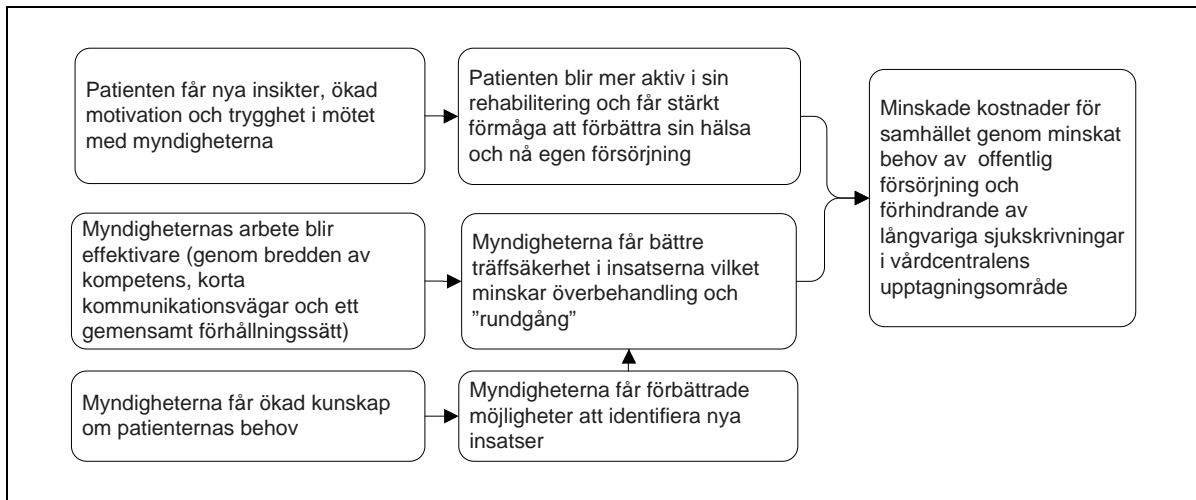
Ytterligare en tanke handlar om att teamen har möjlighet att identifiera behov av nya insatser. Genom att skaffa sig kunskap om patienterna och deras behov samtidigt som teamen har en bred kunskap om vilka insatser som är tillgängliga, finns möjligheter att identifiera vilka insatser som eventuellt saknas.

Förväntade effekter som handlar om samhället (vårdcentralens upptagningsområde)

När patienten blir friskare och stärker sin arbetsförmåga, när de samverkande aktörernas arbete blir effektivare och mer träffsäkert och sjukskrivningarna förhindras eller förkortas antas det leda till att samhällets kostnader för sjukvård och offentlig försörjning minskar i vårdcentralens upptagningsområde.

I figur 4 nedan illustreras dessa förväntade effekter i en schematisk bild. Denna beskrivning ska endast ses som vår tolkning av hur teamen som grupp talar om vad deras arbete förväntas leda till. Antagandena om kausalitet (vad som orsakar vad) är våra och har inte varit möjliga att inom ramen för detta uppdrag diskutera med intervjupersonerna. Figur 4 syftar främst att fungera som underlag för diskussioner om vad teamens arbete skall resultera i.

FIGUR 4: FÖRVÄNTADE EFFEKTER AV SAMVERKANSTEAMEN ARBETE



Likheter och skillnader mellan teamen

Teamens beskrivningar av vad deras arbete ska resultera i liknar naturligtvis varandra i väldigt många avseenden. Det handlar om ett förbättrat rehabiliteringsarbete vilket ska gynna patienterna och göra myndigheterna effektivare. Vissa skillnader kan vi dock identifiera mellan hur olika team talar om förväntade effekter av sin verksamhet. De socioekonomiska förhållandena i teamens upptagningsområde skiljer sig åt, vilket vi tidigare har påpekat. De grupper av patienter som teamen möter är olika beroende på var teamet verkar. I mer utsatta områden kan det vara en större andel patienter som bedöms sakna arbetsförmåga eller där man ser fler eller större hinder på vägen till ett arbete. I dessa fall kan målet snarare handla om att en gång för alla utreda patientens problematik. En person som arbetar i Angered säger,

”En del av dom vi hittar här dom kan faktiskt arbeta halvtid eller deltid och en del heltid också, men det är väldigt många som man istället avslutar försörjningsstödet och så blir det sjukersättning istället och så blir det lugn och ro i livet. Och då blir det ju ingen rehabilitering i den bemärkelsen.”

Det teamet i detta fall arbetar för att uppnå är inte stärkt arbetsförmåga utan snarare att patienten skall få tillgång till rätt insats. De skillnader i förväntade effekter som vi kan identifiera hänger alltså ihop med de skillnader i patientgrupper som diskuterades ovan i kapitel 3.4.

3.6 GYNNSAMMA OCH HINDRANDE FAKTORER FÖR TEAMENS ARBETE...

Detta avsnitt lyfter fram de faktorer som av intervjupersonerna upplevts vara antingen gynnsamma eller hindrande för teamens arbete. Stycket är indelat utifrån om faktorerna berör teamens resurser,

teamens arbete med patienterna eller om de berör teamets övriga arbete och/eller är relaterade till teamens omvärld. Det är viktigt att framhålla att de faktorer som lyfts fram inte alltid gäller för alla team. För vissa är t.ex. tidsbrist en utmaning medan andra team inte framhåller det som ett problem. Upplevelsen av vad som är en utmaning och hur allvarlig den är kan skilja sig åt både mellan teamen men också mellan personer i samma team.

3.6.1 ... IFRÅGA OM RESURSER

Lokalen spelar roll

Att som team sitta strategiskt placerat på vårdcentralen gynnar arbetet, menar många. Med det menas att läkare, sjuksköterskor och andra på vårdcentralen lätt skall kunna ta kontakt med teamet. Att bokstavligt talat ha dörren öppen ut till korridoren, att sitta nära kafferummet, att sitta på samma våning som läkarna – allt lyfts fram som bidragande orsaker till ett framgångsrikt teamarbete. Åsikten att tillgängligheten till teamet försvåras om teamet inte sitter nära eller i anslutning till läkare och annan vårdcentralspersonal är vanlig. Risken är att teamet inte används.

”Det är det som är med samverkansteamet, det ska ju vara lätt att nå, det ska gå snabbt, det ska inte dra ut på tiden att man inte hinner springa upp eller att man tar det en annan gång.”

Teamet i Olskroken upplever att deras lokal inte är ändamålsenlig på grund av buller och dålig luft. Teamet i Lärjedalen menar att de kommer påverkas negativt av den förestående ombyggnaden av vårdcentralen, vilken innebär att teamet inte längre kommer att sitta på samma våning som läkarna. Detta upplevs som en stor nackdel.

Teamet på Spinnaren sitter utspritt, vilket en del medarbetare upplever försvårar teamarbetet. Det anses försvåra den interna kommunikationen och kan bli ett hinder för att kunna arbeta effektivt. En person säger:

”Om man sitter tillsammans alltid när man jobbar så skulle det ske mycket mer, hända mycket mer i den processen än vad det gör idag. För nu är det fortfarande så att man sitter och diskuterar och sen så går man vidare, det här spontana som finns när en patient är känd mellan två, det är inte lika lätt idag.”

På Spinnaren delar dessutom de tre från socialtjänsten och försäkringskassan representanter ett rum som är mycket trångt.

Teamen i Angered, Kungssten, Svalebo och Kungshöjd har inte angett att de upplevt problem relaterade till lokal.

Teammedlemmar med erfarenhet

Tanken med att arbeta i team handlar mycket om att sammanföra olika professioner, olika sätt att tänka och olika sorters kunskap. Det är när olikheterna kombineras på ett fruktbart sätt som vinsterna med teamarbetet uppstår. Därför, framhåller många intervjupersoner, är det viktigt att medlemmarna i ett team har god erfarenhet av sitt yrke och är trygga i sina yrkesroller. Det framhålls också som viktigt att teammedlemmarna har god kännedom om sin egen hemmaorganisation och vad den

kan erbjuda de aktuella patienterna. Följande konversation mellan två teammedlemmar visar hur man kan resonera kring det gynnsamma i att ha stor yrkeserfarenhet när man arbetar i team:

"X: Att vi är erfarna i våra yrken gör att vi har ett kontaktnät var och en inom sin bransch...

Y: Och att man är trygg i sin egen yrkesroll och sin egen myndighet, det tror jag betyder mycket.

X: Det tror jag också, det är också bra att ha med det här med att det här jobbet ska man inte ha direkt när man är nyutbildad, jobba i team, utan det ska man va erfaren...det är jättekrävande."

Tiden

Att man som team upplever att man har tillräckligt med tid för att kunna göra ett bra jobb är en viktig förutsättning enligt våra intervjupersoner. Mängden arbetsuppgifter i förhållande till den tid teamet har till sitt förfogande upplevs enligt enkätundersökningen av 36 procent av de svarande som ett ganska eller mycket stort hinder i teamarbetet. Detta gäller särskilt teamen i Olskroken, Spinnaren och Lärjedalen.

Tidsbrist kan drabba teamet som helhet, men också enskilda teammedlemmar. Drygt en fjärdedel av teammedlemmarna uppger att de ibland känner sig stressade i teamarbetet på grund av de arbetsuppgifter de måste utföra på sin ordinarie arbetsplats. Lika många uppger att teamarbetet kan ge upphov till stress på hemmaarbetsplatsen. Enkäten visar att de som kommer från försäkringskassan i högre grad än övriga yrkesgrupper upplever att de är utsatta för stress av dessa båda slag.

Gemensamt för teamen i Angered, Lärjedalen, Spinnaren, Svalebo och Kungssten är att arbetsförmedlingens representant har färre timmar avsatt för teamet än övriga teammedlemmar. Detta har inte angivits som ett problem av dessa team. I Olskroken och Kungshöjd däremot hade arbetsförmedlingens representant tidigare 25 procent av en heltidstjänst avsatt för teamet medan övriga teammedlemmar hade 50 procent. Personer i dessa båda team lyfter fram att detta påverkade teamet negativt eftersom man fick dra ärenden flera gånger och att planering försvarades. Idag, när arbetsförmedlingens representant också sitter på 50 procent i Olskroken och Kungshöjd, upplever man att teamarbetet flyter på bättre. Dessa team framhåller det som viktigt att alla medlemmar är i teamet på lika villkor från sin hemmaorganisation.

Naturligtvis tar arbetet med patienterna tid, men utöver detta kommer administrativa uppgifter som t.ex. att fylla i utvärderingsblanketter. I intervjuerna anger personer från Kungssten, Svalebo och Spinnaren att detta är tidskrävande och till och med onödigt eftersom det inte är helt klart varför det skall göras. Över 30 procent av dem som svarat på enkäten anser att administration som dokumentation och uppföljning idag utgör ett hinder för teamets arbete.

"Det tar ju så mycket tid, de administrativa kraven runt det här, så det tar mycket tid man skulle kunna arbeta med patienter... sen är det ju det att vi inte riktigt ser nyttan heller själva med det administrativa arbetet runt omkring som det ser ut nu."

En annan utmaning, som teamen i Spinnaren och Kungshöjd lyfter fram, handlar om att få till mötes-tider som passar alla i teamet.

"Det är ju samverkan, och då behöver vi vara här samtidigt så mycket som möjligt, och den gemensamma tiden har ju varit jättesvårt från start."

3.6.2 ... IFRÅGA OM TEAMETS ARBETE MED PATIENTERNA

Att möta varandra

Många intervjupersoner lyfter fram att teamsamverkan gynnas av den direktkommunikation mellan representanter från de olika organisationerna som möjliggörs i teamen. Genom direktkommunikation kan man snabbt utbyta information om patienten, skaffa sig en uppfattning om problematiken och tillsammans samtala om vad som behöver göras. Patienterna gynnas, inte bara genom att det görs en heltäckande bedömning av deras situation och behov, utan också genom att de slipper berätta sin historia flera gånger. Direktkommunikationen gör, enligt en teammedlem,

”att man fortare kommer fram till en hållbar totalbedömning för att vi är flera stycken, lite olika bakgrunder och erfarenheter. Man får snabbare en bra bild över vad man behöver göra än om man hade träffat personen själv flera gånger, det går fortare och man får en heltäckande bild.”

Så gott som alla vi har intervjuat lyfter fram den centrala roll som direktkommunikationen teammedlemmarna emellan spelar för ett gott samverkansarbete. Detta gör också att teammedlemmarna lättare kan skaffa sig kunskap om varandras kompetensområden.

”Fördelen med teamet [...] det är att vi har en snabb kunskapsöverföring [...]och det är ju en vinst att man har en större förståelse för ’hur jobbar de på socialtjänsten egentligen, vad gör de på arbetsförmedlingen, vad sysslar försäkringskassan med?’”

De team som uttrycker vissa utmaningar som handlar om vilka lokaler de har tillgång kopplar detta till möjligheten att kommunicera med varandra. På Spinnaren beskrivs kommunikationen utanför teammötena som svår eftersom man sitter utspritt. Några i teamet menar att detta är ett hinder för arbetet och att man skulle kunna arbeta mycket mer effektivt om teamet satt samlat. Olskrokenteamet har en mycket begränsad kommunikation de dagar då teamet inte sitter samlat i sitt rum på vårdcentralen. Samordnaren beskriver detta som ett problem och att det beror på att var och en har så mycket att arbeta med på hemmaplan att det inte är möjligt att ha en dialog under resten av veckan. Övriga fem team har inte uppgett att de upplevt utmaningar som har med kommunikation att göra.

Att möta varandra handlar också om att lära sig de begränsningar som finns hos respektive organisation och vilket handlingsutrymme som enskilda teammedlemmar har. Sådana begränsningar kan handla om både resurser och regelverk hos de samverkande aktörerna. En utmaning för de flesta verkar vara de skillnader som finns i regelverk mellan de samverkande myndigheterna. I enkäten svarar två tredjedelar att detta idag utgör ett hinder för teamets arbete. Det vi kan konstatera är att teamsamverkan möjliggör förbättrade kommunikationsmöjligheter mellan myndigheterna men att teamen fortfarande upplever skillnaderna mellan olika myndigheter som en utmaning i deras arbete.

Att möta patienterna

När det gäller hur teamet arbetar med patienten så menar teamet i Kungshöjd att det är viktigt att mötet har en tydlig form. I detta team arbetar man efter en struktur där en person i teamet fungerar som samtalsledare. I samtalet har patienten ett stöd i form av papper med ett antal cirkelar som re-

presenterar elva olika livsområden, bl. a. fysisk och psykisk hälsa, arbete, familj, ekonomi och fritidsintressen.¹⁵ Mot slutet av samtalet får övriga teammedlemmar ställa frågor. Även Olskroken arbetar efter en viss struktur där en teammedlem ställer frågorna och en antecknar. Man använder en frågemall där frågorna är indelade i områdena nuvarande hälsotillstånd, social situation, fritidsaktiviteter, arbete och framtid. Mot slutet av samtalet får även här övriga teammedlemmar ställa kompletterande frågor.

I arbetet med patienterna underlättar det om patienterna är motiverade och har en vilja att vara aktiva i rehabiliteringsprocessen. Flera team, t.ex. Kungssten, går längre och menar att motiverade patienter inte bara gynnar utan också är en förutsättning för att teamets arbete skall få de effekter man hoppas på. En utmaning som teamen kan stöta på handlar om att patienten saknar insikt om vad som är problemet och vad som behöver göras för att komma till rätta med det.

Vissa team får i högre grad än andra hantera kulturella skillnader vad gäller syn på sjukdom och hälsa och ofta även språksvårigheter och analfabetism, vilket också gör att teamet begränsas vad gäller de insatser som kan komma ifråga och att mycket tid får läggas på samtal och motivation.

”Det är brist på insikt hos mina klienter. De ser inte sambandet med sina åkommor och psykiska faktorer. De ser sig inte kapabla att nåsinn lära sig svenska, när de inte ens kan lära sig skriva på sitt eget språk [...] Brist på insikt är väldigt, väldigt stort. Det är en utmaning att ge dem den insikten.”

Att hitta lämpliga insatser

De insatser som teamen arbetar med är starkt omvärldsberoende, framför allt när det gäller resurser hos de samverkande myndigheterna arbetsförmedling, socialtjänst, sjukvård och försäkringskassa. Detta gör att teamen är begränsade i sin möjlighet att för alla patienter erbjuda precis den insats som skulle behövas. ”Utbudet matchar ju inte alltid behovet”, som en teammedlem uttrycker det. Att tillgången på adekvata insatser ibland är begränsad gör att teamen får acceptera insatser som inte är hundra procentigt träffsäkra men också att man får söka alternativ:

”Man måste vara uppfinningsrik och ha pejl på utbudet, vad finns? Det skapas hela tiden nytt och vad kan man slussa folk vidare till? Det är också en utmaning.”

Flera teammedlemmar upplever att en större tillgång till arbetsmarknadspolitiska åtgärder skulle göra det lättare för patienterna att komma ut på den reguljära arbetsmarknaden. Idag kan det dock vara svårt att få ut patienterna i praktik eller arbetsträning.

”sen är det så att arbetsförmedlingen och försäkringskassan och socialkontoren är väldigt begränsade i sina resurser. Att låta folk praktisera och testa sin arbetsförmåga, det är ett stort hinder för oss tycker jag, och ett konstigt hinder tycker jag för när man nu vill satsa på detta och så finns det liksom inga resurser att nå ända fram, eller väldigt lite resurser.”

Svårigheter att hitta lämpliga insatser uttrycks främst av teamen i Angered, Kungshöjd, Olskroken och Kungssten.

¹⁵ Den metod Kungshöjd använder kallas för Dokumentation, utredning och resultat (DUR), och är en av Socialstyrelsen godkänd utredningsmodell

3.6.3 ... IFRÅGA OM TEAMETS ÖVRIGA ARBETE OCH RELATION TILL DEN DIREKTA OMVÄRLDEN

Att formas som ett team

Respekt. Det framstår om den viktigaste och den mest övergripande faktorn när det gäller vad som gynnar teamets arbete. Nästan alla teammedlemmar nämner någon gång ordet respekt när de talar om vad som bidrar till att göra teamens arbete framgångsrikt. Vidare lyfter samtliga team på ett eller annat sätt fram att en god personkemi och livfull dynamik mellan teammedlemmarna har en gynnande inverkan på samverkan. Att man tar sig tid att skratta och ha trevligt mellan varven är viktigt. Likaså pekar man på prestigelöshet och öppenhet gentemot varandra som gynnsamma faktorer. Varje enskild teammedlems *vilja* att vara med i teamet anges av flera vara central för att teamets arbete skall fungera.

Men "att bli ett team" är en process som ibland upplevs som utmaning. Att lära känna varandra, att som team hitta sitt arbetssätt och rutiner som fungerar, att lära känna varandras organisationer och vilka möjligheter varje myndighet har att erbjuda teamet tar tid och är inte alltid enkelt. En fjärdedel av dem som svarat på enkäten uppger att teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden idag utgör ett hinder för samverkan inom teamet. Över 40 procent upplever att skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna försvårar samverkansarbetet.

Mot bakgrund av att det ofta är en arbetsam process att forma ett team, påverkar det givetvis om någon slutar eller en ny teammedlem kommer till. Personalomsättning kan därför vara en utmaning, åtminstone under en omställningsperiod. En person som kom in i ett redan etablerat team beskriver sin upplevelse så här:

"Det var ju lite i början för mig att hitta min plats och roll, ni jobbade så ihop... ni gjorde saker som ni var vana vid utan att räkna med mig. Så jag fick kämpa för min plats, ta i lite, att bli ett team, för dom var redan ett team och jag kom in och dom hade sin struktur och sitt sätt att jobba på."

Av de sju teamen är det de i Olskroken och Kungssten som i intervjuerna tydligast lyft fram att de upplevt personalomsättning som en utmaning.

Att förankras på vårdcentralen

Med förankringsarbete menar vi processen att komma in, bli accepterade och använda på vårdcentralen. Det har handlat om att få igång ett samarbete med läkare kring patienter, att få dem och annan personal på vårdcentralen att remittera patienter till teamet och helst också remittera rätt grupp. Förankringsarbete kan handla om flera olika typer av verksamheter, varav deltagande på APT och skriftlig information om teamet är två vanliga komponenter.

Teamet i Lärjedalen lyfter fram vikten av att vara flexibel och visa sig så samarbetsvillig som möjligt i teamets etableringsfas. Det handlar om att få läkarna att se varje teammedlem som ett redskap som underlättar deras arbete.

”I början så gjorde man uppgifter som man egentligen inte var ålagd att göra, jag menar för att underlätta. Så kunde det vara ’ja, men jag kontaktar flyktingenheten och informerar om detta och lämnar telefonnummer’ och så här, fast jag egentligen inte skulle gå in i det [...] man får ju visa lite välvilja så får man mycket tillbaka.”

I Lärjedalen upplevde man det var ett viktigt led i förankringsarbetet att möta och förändra de föreställningar som läkarna hade om försäkringskassans och socialtjänstens sätt att arbeta. Genom samtal och information gick förankringen snabbt framåt. En viktig gynnande faktor vi kan lyfta fram är alltså att få läkarna att se teamet som något som gör deras arbete enklare och smidigare.

”Det sa dom redan efter ett kort tag att dom tyckte att det var skönt att det var någon från socialtjänst och försäkringskassa stationerad på plats.”

Teamet i Angered har lagt mycket tid och kraft på att skapa en god kommunikation med läkarna och etablera ett fungerande samarbete med dem. Detta arbete pågår fortfarande i Angered och man upplever att den bristfälliga kontakten med läkarkåren är ett hinder och en utmaning för teamarbetet. Liknande utmaningar relaterade till förankringsarbete förekom, enligt den tidigare samordnaren, i Svalebo när teamet var nybildat.

Teamet på Spinnaren har arbetat med komplicerade patientgrupper trots att man uppfattar att uppdraget egentligen handlar om att komma in tidigt i sjukskrivningsprocessen. Man arbetar på olika sätt för att få läkarna att remittera tidigare sjukskrivningsfall till teamet och angav vid intervjutillfället att man börjat märka att budskapet nu börjar sjunka in och få effekt.

Teamet i Kungssten tog, liksom Lärjedalenteamet, i början in patienter som inte riktigt tillhörde den grupp som teamet var tänkt att arbeta med, för att visa sig samarbetsvilliga och vinna ”goodwill”. Detta upplevde teamet efter ett tag som en utmaning som hindrade dem att arbeta på det sätt man egentligen ville. Det ledde till att teamet fick jobba för att vända trenden och få läkarna att remittera rätt patienter. Idag märker man att man får fler och fler tidiga sjukskrivningsfall.

I Kungshöjd talas det om att teamet i sitt förankringsarbete kan ha upplevts som ”kulturbrytande” på vårdcentralen – man har kommit med ett helhetstänkande kring rehabilitering som ställt nya krav på läkarna vad gäller samarbete med andra yrkesgrupper. Teamet i Kungshöjd upplever stöd från vårdcentralschefen men har ändå fått lägga ner mycket tid på att informera vårdcentralspersonalen om hur man önskar att samarbetet skall fungera. Kungshöjdteamet beskriver också att man har fått vara mycket tydlig med vissa praktiska frågor, som t.ex. att teammedlemmarna faktiskt betalar till den gemensamma kaffekassan. Frågetecken hos övrig personal kring sådana här frågor upplevde teamet som en utmaning. Att komma över hinder av denna karaktär har inneburit små men viktiga steg i att integreras bland personalen.

Teamet i Olskroken uppger att de i processen att bli etablerad på vårdcentralen informerat om vad man kan och inte kan göra, då det har hänt att läkare och annan vårdcentralpersonal trott att teamet förfogar över resurser som de inte har, t.ex. egen budget och möjlighet att fixa praktikplatser. Olskrokenteamet anger också att de från början upplevt ett gott stöd på vårdcentralens chef, men att detta inte per automatik inneburit att man direkt blev accepterad av övrig personal.

”Sedan är det ju en process att även andra [personalen på vårdcentralen] ser att det är någon nytta med teamet, det tar ju sin tid att bli inarbetad, det ger inte sig själv. Vi sågs nog lite som inkräktare i början, vilka var vi som kom här och tog plats?”

En mycket viktig faktor för teamens arbete är relationen till vårdcentralens chef. Hans/hennes stöd är avgörande för hur teamet tas emot och betraktas på vårdcentralen. Chefen har en viktig roll att spela när det gäller att informera om teamet, uppmuntra vårdcentralens personal att använda sig av teamets kompetens samt att medverka till att lösa problem som uppkommer under resans gång. Teamet i Kungssten ger ett konkret exempel på hur vårdcentralenschefen kan gynna och underlätta teamens arbete:

”Vår chef är väldigt positiv och pratar bara gott om det, och tycker det vi gör är bra och vi känner att hon vill stödja det. Så tar man upp ett problem med henne som t.ex. det här med att boka in läkare, det tog jag upp med henne på APT, och sen löste hon det.”

När chef och övrig personal på vårdcentralen har en positiv syn på teamet gynnar det teamet starkt. Det stärker motivationen hos teamet och lägger grunden för ett gott samarbete. Teamet i Olskroken har positiva erfarenheter från detta:

”Jag tycker att vi har blivit väldigt väl mottagna här och dom tror på oss som team och personer, och det känns väldigt bra, det är en bra grund att stå på och jobba vidare utifrån.”

Förankringen är viktig också därför att den handlar om att teamet bygger upp ett kontaktnät på vårdcentralen, ett kontaktnät som är värdefullt i det dagliga arbetet. En person i teamet på Spinnaren beskriver betydelsen av att lära känna personalen och själv bli ett känt ansikte på arbetsplatsen:

”Men ju mer tid går, desto mer blir man bekant med såna personliga kontakter som gör mycket, för X och jag sitter och äter och träffar folk här så det blir mycket lättare att prata med folk man redan känner, än i början när man var helt okänd och måste presentera sig varje gång. Nu får man lite gratis.”

Sammanfattningsvis kan vi säga att flexibilitet, information och stöd är tre nyckelord när det gäller teamets möjlighet att förankras väl på den vårdcentral där man skall verka.

Läkarnas roll

Läkarsituationen på vårdcentralen – om en stor del av läkarkåren är vikarierande, s.k. hyr- eller springläkare, eller om läkarna huvudsakligen är fast anställda – är av avgörande betydelse för teamets arbete. Läkare som engagerar sig och tar sig tid med teamet – att remittera patienter, att avsätta tid för samtal och rådgivning med teammedlemmarna – upplevs som en starkt gynnande faktor för teamens arbete. Det gynnar teamen om så många läkare som möjligt på vårdcentralen är fast anställda eller arbetar långa perioder. Då blir det möjligt för team och läkare att bygga upp en långsiktig relation som båda parter upplever positiv och givande.

De team som sitter på vårdcentraler med många hyrläkare (gäller särskilt Spinnaren, Angered och Svalebö) menar att detta kan vara ett stort hinder för arbetet. När det är hög personalomsättning inom läkarkåren riskerar många av teamens patienter att få en försämrad kontinuitet och trygghet i vårdkedjan. Teamets möjlighet att få utlåtande och råd från läkare minskar. De vikarierande läkarna arbetar under stor tidspress, stannar kanske bara någon vecka på vårdcentralen och hinner av naturliga skäl aldrig bygga upp en relation till teamet. Den enda information de får om teamet kan vara ett papper i en introduktionspärm. Det är därför mycket sällsynt att de remitterar till teamet.

”Det är det problemet som vi har här på vårdcentralen Spinnaren, det är ju att vi har extremt mycket vikläkare som aldrig känner till våra rutiner fullt ut och det är ju ett problem som kommer att bestå.”

”Det finns en vikläkare och så är den borta och så nästa gång så är det en annan vikläkare som inte läser våra journaler eller våra anteckningar från samverkansteamet, så det blir ett problem. Och dom är inte heller lika duktiga på att remittera.”

Problem kan uppstå även i relationen till fasta läkare, och då handlar det återigen ofta om tidsbrist och att läkarna inte vill eller är intresserade av ta sig an teamens ärenden.

Att ha stöd i sin hemmaorganisation

Upplevelsen av att ens chef är positivt inställd till medverkan i teamet gynnar givetvis enskilda teammedlemmars arbete. Enkäten visar att majoriteten av teammedlemmarna (54 procent), upplever att de har stöd för medverkan i teamet från deras närmaste chef. I intervjuerna framgår att detta har stor betydelse för teamets arbete. Några teammedlemmar anger dock att de upplever ett svalt intresse från cheferna i hemmaorganisationen.

”Det är inte så att det ogillas, å andra sidan söks inte information, ’hur går det därborta då?’ utan så långt sträcker sig inte nyfikenheten.”

”Jag tycker att det yttrar sig i ett ointresse, [...] min chef har ju aldrig varit här till exempel, vet inte hur det ser ut i det här rummet och vilka jag jobbar med på halvtid och det tycker jag säger allt.”

Intresse och samarbetsvilja från chefernas sida är centralt och ingår enligt några teammedlemmar ”i paketet” när man sagt ja till att den egna organisationen skall gå in i en samverkan. Ointresse är, som någon uttrycker det, ett tecken på bristande respekt för uppdraget.

”Våra chefer måste vara lite mer medvetna kanske, och försöka vara mer samarbetsvilliga sinsemellan. Jag tycker att går man på ett sånt projekt, vill man samarbeta, så måste det finnas intresse och man måste se möjligheterna.”

Relationen till hemmaorganisationerna är också kopplad till en problematik som rör själva kärnan i teamens verksamhet - de insatser som patienterna behöver. Som vi har sett är det vanligt att team, även om de också själva behandlar patienter, hänvisar till insatser på vårdcentralen, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa samt frivilliga organisationer i samhället. Teamet måste fråga om dessa kan ta emot och ge patienten det som teamet bedömer behövs. Detta innebär att teamet blir beroende av ett gott samarbete med de i teamet ingående myndigheternas chefer och handläggare.

”Det finns ju andra handläggare bakom oss som också måste vara med på detta och handlar det om saker som kostar pengar så är det på chefsnivå...”

Att finnas i en föränderlig värld

Teamen verkar i en värld som ofta förändras. Detta gör att de måste kunna anpassa sitt arbete till nya förutsättningar. Att finnas i en föränderlig värld innebär att nya möjligheter för teamen kan dyka upp, t.ex. den Praktikcentral som nyss har startat inom ramen för Samordningsförbundet Väster och som teamet i Kungssten hoppas kunna få stor användning av. Men det innebär också att teamet måste hantera nya omständigheter som påverkar teamets arbete på ett negativt sätt, t.ex. minskade resurser eller ändrade regler hos de samverkande myndigheterna.

Det tydligaste exemplet rör arbetsförmedlingen. Vi har tidigare varit inne på att det finns en viss frustration i en del team, vilken har sin grund i att man inte kan möta patienternas behov av praktik, arbetsträning och arbetsmarknadsutbildningar. Detta påverkar inte bara den enskilda patienten utan även arbetsförmedlingens representanter i teamen.

”Det är så direktstyrt uppifrån regeringen som ganska snabbt ändrar fokus, och det innebär att det som var möjligt att göra för en månad sedan det är inte möjligt idag. Det vi satt och planerade och tänkte för 14 dagar sedan är inte aktuellt och kommer inte att vara det närmaste året eller aldrig mer, så är det med mycket, speciellt med arbetsmarknadsutbildningar eller arbetsmarknadspolitiska åtgärder, som jag tror är svårt för någon utanför arbetsförmedlingen att hålla reda på, eller tycka verkar logiskt eller så... det är ju väldigt svårt att vara den som ska stå och klä skott för det på nåt sätt, och då kan man ändå ha varit tydlig med att säga att det här är ingen garanti.”

Ytterligare ett exempel är försäkringskassans nya regler om sjukförsäkringen som trädde i kraft den 1 juli.¹⁶ Teamen uttrycker oro över vad dessa regler kan komma att innebära för förutsättningarna för deras arbete och för enskilda patienter. Teamen är i stort sett överens om att detta kan komma att bli en utmaning inom en snar framtid.

De nya reglerna om vårdval¹⁷ framhålls av ett team som en potentiell framtida utmaning. För teamens del handlar det om huruvida de skall ta in patienter som inte hör till vårdcentralens upptagningsområde.

3.6.4 ... IFRÅGA OM FÖRVÄNTADE EFFEKTER

Utmaningar som handlar om förväntade effekter av verksamheten hänger ihop med vilket uppdrag teamen har och hur väl det stämmer överrens med den verklighet de möter. Flera team upplever en skillnad mellan vad som står i uppdraget och hur man arbetar i praktiken.

”Det är ju skillnad mellan hur vårt praktiska arbete ser ut och vad vårt uppdrag är, och vad vi strävar mot för vi vill ju jobba väldigt tidigt. Men sen har vi inte alltid förutsättningar att göra det, för vi tar ju de personer som kommer som remisser. Sen försöker vi påminna oss om att det är viktigt med tidiga fall.”

¹⁶ I korthet innebär dessa regler att rätten till *sjukpenning* begränsas till 364 dagar. Efter 90 dagar får man sjukpenning bara om man är så sjuk att man inte klarar att ta något jobb alls hos sin arbetsgivare. Efter 181 dagar får man endast sjukpenning om man är så sjuk att man inte kan ta något arbete alls på hela arbetsmarknaden. Även rätten till *sjukersättning* ändras. För att få sjukersättning krävs att alla möjligheter till att börja arbeta igen är prövade och att arbetsförmågan måste vara nedsatt för all framtid. (www.forsakringskassan.se, 2008-10-01)

¹⁷ I korthet innebär de nya reglerna om vårdval att landstingen blir skyldiga att införa vårdvalsystem i primärvården. Vårdvalet ska ge patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare. (SOU 2008:37)

Arbetar man med övervägande tunga fall får det givetvis konsekvenser för vilka mål man kan sätta upp för patienten, och för i vilken grad man kan uppnå målsättningen om ökad arbetsförmåga och återgång till arbete.

Sammanfattningsvis

Denna genomgång har visat att lokalen spelar en viss roll för teamens arbete. En ändamålsenlig och strategiskt placerad lokal gynnar teamarbetet, medan en lokal som "ligger fel till" på vårdcentralen, är trång eller bullrig, upplevs som en faktor som försvårar för teamet. Närheten mellan teammedarbetarna, för att möjliggöra kommunikation och kompetensöverföring, framhålls som betydelsefull och teamsamarbetet gynnas om arbetet präglas av öppenhet, lärande och respekt. Teamen lyfter inte bara fram teammedarbetarnas yrkeskunskaper, utbildning och kontaktnät som viktiga tillgångar, utan framhåller även lång yrkeserfarenhet som en betydelsefull resurs. Det gynnar också teamets arbete om man upplever att tiden räcker till, och att de mötestider teamet har avsatt för gemensamt arbete fungerar för samtliga teammedlemmar. Stöd från vårdcentralens chef betyder mycket för hur väl teamet integreras i vårdcentralens verksamhet. Stöd från chefer och kolleger i de samverkande myndigheterna framhålls som centralt, inte minst för att teamet i många fall är beroende av dessa för att kunna tillhandahålla adekvata insatser för patienterna. Det är också viktigt att ha ett gott samarbete med vårdcentralens övriga personal när det gäller t.ex. remittering till teamet och att teamen har god tillgång till läkare. Är andelen vikarierande läkare stor utgör det ett hinder för teamets arbete, dels för att remitteringen då fungerar sämre, dels för att det är svårare att etablera en kontinuerlig kontakt mellan team och läkarkår samt mellan teampatient och läkare. Det upplevs som utmaningar att det inte alltid finns tillgång till insatser som passar den enskilde patientens behov, att myndigheternas regler förändras och att teammedlemmarna inte alltid har tillräcklig kunskap om de samverkande myndigheternas olika regelverk.

3.7 ERFARENHETER IFRÅN HISINGEN...

Vi har nu tittat på sju team som startats av samordningsförbunden i centrum, väster och nordost. Vi har studerat hur de arbetar och vilka lärdomar de dragit från sina verksamheter. I studien skall vi också inkludera några av de erfarenheter som finns från arbetet med team på vårdcentraler på Hisingen. Som ovan nämnts har denna typ av team funnits där sedan tio år tillbaka och idag finns där team i anslutning till åtta vårdcentraler. Vi har intervjuat en representant med lång erfarenhet av teamarbete på Hisingen. Intervjupersonen arbetar idag som chef inom primärvården och har arbetat som processtödjare i arbetet med att bygga upp och utveckla team. Flera kartläggningar har tidigare genomförts av teamen på Hisingen. Syftet med denna intervju är att fånga upp och lägga till dessa erfarenheter till vår analys.

... ifråga om teamens resurser

När det gäller teamens sammansättning menar intervjupersonen att den inte behöver se likadan ut överallt. Varje vårdcentral har olika upptagningsområde och behoven kan skilja sig mycket åt mellan olika platser. Vilka resurser som behövs i teamen beror alltså på område och behoven kan också variera över tid. Dock poängteras vikten av att en representant från försäkringskassan finns närvarande. Försäkringskassans närvaro är viktig eftersom kunskapsöverföringen mellan primärvården och försäkringskassan är central vid rehabilitering. En nära kontakt möjliggör att primärvården blir uppdaterad på förändringar hos försäkringskassan och därmed kan hantera dessa på ett bättre sätt, vilket gagnar patienten.

På Hisingen har inte arbetsförmedlingen varit särskilt aktiv i teamens arbete. Dock har kontakter med arbetsförmedlingen efterfrågats av många teammedlemmar och man jobbar för närvarande på att hitta arbetsformer för detta.

När det gäller lokal menar intervjupersonen att det inte är nödvändigt att teamet sitter i samma rum eller nära varandra utan det viktigaste är att teamet finns under samma tak som vårdcentralens personal. Dock sägs att lokalfrågan är en generell utmaning inom primärvården, vilket kan ställa krav på teamen att vara flexibla och acceptera att man kanske får flytta på sig.

... ifråga om teamens arbete med patienterna

Erfarenheterna från Hisingen är att det är viktigt att ha breda kriterier för vilka patienter som kan bli aktuella för teamen eftersom det underlättar för de personer som skall remittera patienterna. Det skall vara enkelt för vårdcentralen att använda den kompetens som teamen tillför. Dock har man beslutat att jobba främst med tidiga sjukskrivningar eftersom utvärderingar visat att det ger bäst resultat.

När det gäller patientens samtycke¹⁸ till att sekretessen bryts så har en utmaning varit *hur* detta skall ges. Utmaningen har handlat om hur detta skall lösas på ett patientsäkert och praktiskt genomförbart sätt. Idag ger patienten ett muntligt samtycke och det skrivs in i journalen att patienten är informerad om samarbetsformerna och har gett sitt muntliga godkännande till att delta i teamets verksamhet.

Hur själva arbetet med patienterna går till kan även det se olika ut beroende på behoven på vårdcentralen. En grundförutsättning är dock att det finns avsatt tid där läkarna kan träffa teamet och gemensamt diskutera patienten. På Hisingen har man provat att ha alla läkarna med på teamets möten men insett att det kostar för mycket i tid för att det skall vara genomförbart. Idag är oftast endast den aktuella patientens berörda läkare med på teammötena.

En viktig faktor som framhålls är att teamen har hög tillgänglighet, genom att exempelvis ha akuttider där sjuksköterskan som tar emot ett patientsamtal direkt kan skicka patienter till sjukgymnasten eller psykologen i teamet. På detta vis avlastas läkare och man utnyttjar på ett bra sätt de kompetenser som finns i teamen.

¹⁸ Patientens samtycke kallas på Hisingen också för *medgivande*.

En utmaning med teamens arbete har varit dokumentationen och vem som skall få tillgång till denna. Det finns en gemensam datajournal och varje vårdcentral beslutar löpande vem som har behörighet att läsa läkarens, psykologens eller kuratorns anteckningar. Vissa har tyckt att det inte är självklart att exempelvis sjukgymnasten skall få läsa psykologens anteckningar. Den person vi intervjuat menar dock att eftersom alla aktörer lyder under samma sekretess borde alla ha tillgång till dokumentationen.

Ytterligare en utmaning har i vissa team varit en hög personalomsättning. Teamets arbete är beroende av en viss kontinuitet eftersom mycket av kunskapen om hur man arbetar och löser olika problem endast finns hos de enskilda medarbetarna.

... ifråga om teamens organisering - att vara eller inte vara ett team

När det gäller hur teamen organiserar sig har det på Hisingen varit ovanligt att en medarbetare utsetts till teamsamordnare. Endast när det varit många nya medlemmar i ett team har någon getts den rollen för att underlätta kompetensöverföringen. Intervjupersonen framhåller teamen som en arbetsmodell, ett sätt att arbeta, snarare än en institution. På Hisingen har man därför inte fokuserat mycket på grupputveckling utan teamen har utvecklats främst genom att jobba och anpassa sin verksamhet utifrån situationen på den vårdcentral de finns på. Behovet av flexibilitet lyfts fram som viktigt då detta är en förutsättning för att teamen ska kunna prova nya arbetsätt och samarbetsformer när förutsättningarna på vårdcentralen eller behov hos patienterna förändras. Teamet ska, som intervjupersonen uttrycker det, inte vara en fyrkant som patienten ska passa in i, utan vara så flexibelt att man snabbt kan anpassa sig till nya omständigheter.

... ifråga om teamens förankring på vårdcentralen

I linje med synen på teamen som en arbetsmodell snarare än en institution framhåller intervjupersonen vikten av att teamen är väl integrerade i den ordinarie organisationen. Det är viktigt att teamet ses som en del av den ordinarie personalstyrkan och inte som en extern grupp.

”dom ska jobba enligt primärvårdens ordinarie uppdrag, de får inte ställa sig vid sidan av det. Uppdraget är brett, både planerad och oplanerad verksamhet, akutsidan plus planerad vård ... man ska jobba på samma villkor.”

Därför är det viktigt att inte marknadsföra samverkansteamet som just ett team utan snarare lyfta fram den kompetens som teamen tillhandahåller.

”Man ska inte lära vårdcentralen att ’nu har ni ett team’ utan man ska lära vårdcentralen att ’nu har ni tillgång till social kompetens, psykologisk kompetens, sjukgymnast och arbetsterapeut.’”

För att uppnå en god förankring är det viktigt att vårdcentralens chef stödjer teamens arbete. Att teamen har samma chef som övrig personal framhålls som viktigt för att uppnå denna integrering. Intervjupersonen menar att teampersonalen till exempel bör delta på arbetsplatsträffar. För de medarbetare som har en annan huvudman än vården kan det innebära en utmaning såtillvida att det inte är självklart att dessa skall få vara med då arbetsplatsträffarna är del av en facklig samverkan.

... ifråga om läkarsituationen

Även på några vårdcentraler på Hisingen har situationen med många vikarierande läkare inneburit en utmaning. Att hitta en lösning på detta uppfattas som svårt. Under en period prövade man att inte alls jobba med de tillfälligt anställda läkarna, vilket gjorde att bördan på de ordinarie läkarna blev stor. I sammanhanget framhålls att teamens funktion blir än viktigare vid hög omsättning av läkare, eftersom teamet då kan bidra till att ge patienten kontinuitet i mötet med vården. När läkarna kommer och går blir andra professioner inom vården viktigare då de kan stå för kontinuitet. Intervjupersonen menar att teamen i det sammanhanget fyller en väldigt viktig funktion.

... ifråga om stöd i "hemmaorganisationen"

För de medarbetare som tillhör andra huvudmän än vården kan problem uppstå eftersom deras chefer inte alltid vet vad teammedlemmarna gör eller hur duktiga de är på sitt arbete. Frågor som exempelvis hur lönesamtal skall gå till blir då aktuella. Det kan också uppstå problem som handlar om relationen till kollegor på den ordinarie arbetsplatsen med bristande förståelse och insikt i vilket arbete det är man utför. Intervjupersonen anger att försäkringskassan sedan ett år organiserat det så att de medarbetare som arbetar på en annan arbetsplats hör till en speciell grupp och har en chef som har kontakt med vården.

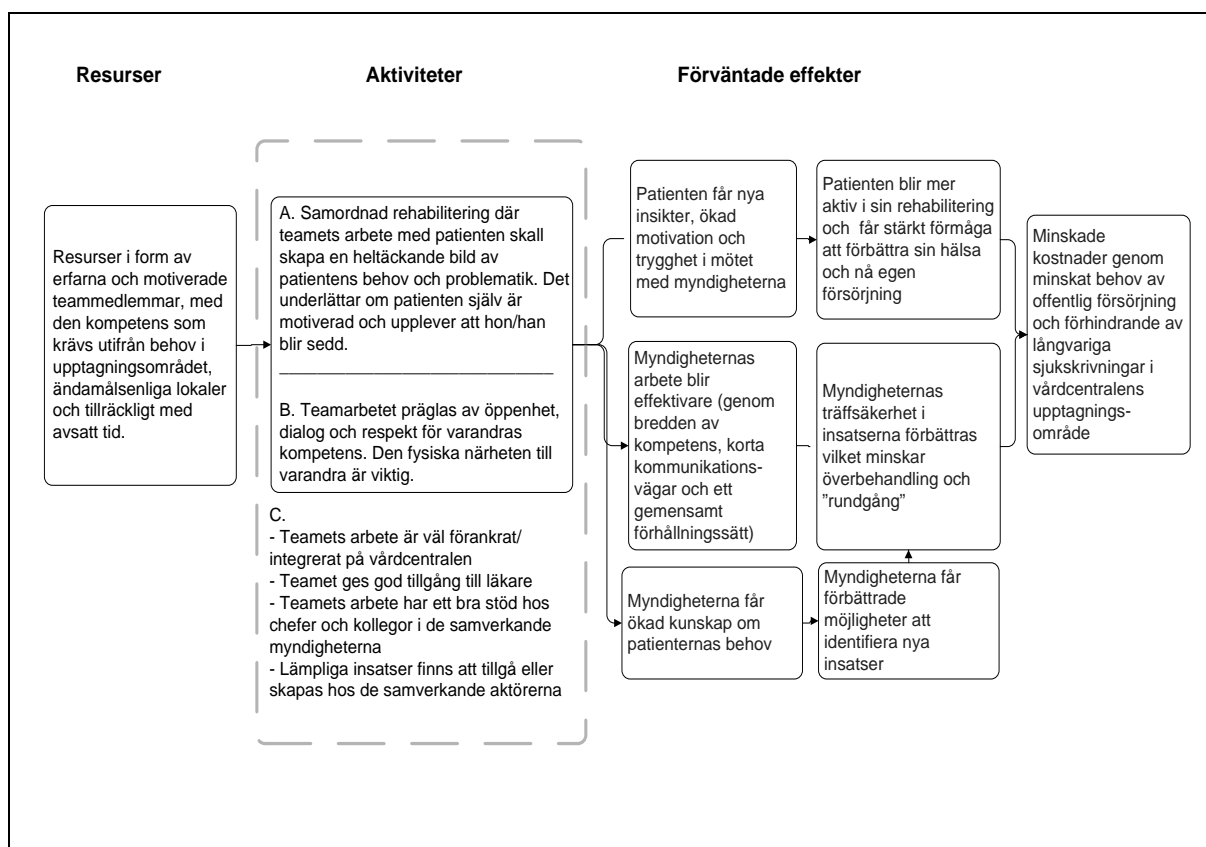
4. SLUTSATSER

Vår studie har varit av beskrivande karaktär och vi har aktivt sökt efter information för att kunna tydliggöra teamens programteori, d.v.s. resurser, aktiviteter och förväntade effekter, och för att kunna fånga upp gynnsamma och hindrande faktorer för teamens arbete. Vi skall nu använda erfarenheterna både från Hisingen och från de sju team vi träffat för att skapa en modell som dels kan fungera som underlag för diskussion om och planering av verksamheten, dels bidra med tankar om hur man kan använda programteori som ett verktyg vid planering av utvärdering och uppföljning.

4.1 EN LOGISK MODELL FÖR TEAM PÅ VÅRDcentral

Ett sätt att illustrera en programteori är att placera de olika leden, resurser, aktiviteter och förväntade effekter, i en och samma bild. De slutsatser vi kan dra från vårt arbete sammanställs nedan i ett försök att skapa något vi kallar för *logisk modell för team på vårdcentral*, se figur 5. I denna modell inkluderas dels de antaganden som genom studien tydliggjorts om hur team på vårdcentral skall fungera och vad de förväntas uppnå, dels den förståelse som intervjupersonerna har om vad som krävs för att verksamheten också skall lyckas väl i sitt arbete.

FIGUR 5: LOGISK MODELL FÖR TEAM PÅ VÅRDcentralER



Vår analys visar dock att det finns vissa variationer i hur olika personer ser på verksamheten, exempelvis huruvida teamen skall ses som och presenternas som "ett team" eller främst ses som resurspersoner för varandra och vårdcentralen. De miljöer som den här typen av team ska verka i skiljer sig

också åt. Exempelvis kan behoven i två olika vårdcentralers upptagningsområde skilja sig mycket åt. Vi vill därför också lyfta fram och peka på att inför upprättande, implementering eller utveckling av team på vårdcentralen visar vår analys att det kan vara relevant att diskutera och ta ställning till följande frågor:

Behov, uppdrag och resurser

- Vilka är behoven i vårdcentralens upptagningsområde?
- Givet behoven, hur skall teamens uppdrag se ut?
- Vilken typ av resurser/kompetenser behövs för att tillfredsställa dessa behov? (lokal, yrkesprofessioner, tid avsatt för teamarbete)

Arbetet med patienterna

- Givet uppdraget, hur skall inklusionskriterierna se ut, d.v.s. vilka målgrupper är aktuella för teamen?
- Vem skall remittera och hur ska remissen se ut?
- Hur skall samtycket/medgivandet lösas på ett praktiskt genomförbart och patientsäkert sätt?
- Vilka teammedlemmar skall vara involverade i det direkta arbetet med patienterna (samtliga eller enbart representanter för berörda myndigheter)?
- Vad innebär det att sekretessen bryts? Vilka ska ha tillgång till dokumentationen?
- Skall teamet ha tillgång till fasta läkartider för sina patienter och skall en läkare fungera som kontaktperson mellan team och läkarkår?

Teamens organisering

- Skall teamet presenteras och fungera som "ett team" eller mer ses som resurspersoner för varandra och vårdcentralen?
- Behövs en teamsamordnare?

Teamens närmsta omvärld

- Hur bör olika aktörer, exempelvis vårdcentralenschef eller samordningsförbundens tjänstemän, agera för att skapa förutsättningar för teamets förankring på vårdcentralen?
- Hur skapas på bästa sätt förutsättningarna för att teamets medarbetare har stöd i sina hemmaorganisationer?
- Givet de behov som identifierats i vårdcentralens upptagningsområde, finns det lämpliga insatser som teamen kan hänvisa patienterna till?

4.2 DISKUSSIONSUNDERLAG: INFÖR UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETEN

Ett av motiven bakom att använda en programteoretisk ansats är att studien också skall kunna fungera som underlag för planering av uppföljning och utvärdering. Vi vill därför även visa hur den logiska modellen kan användas i detta arbete.

Den logiska modellen beskriver det som en uppföljning eller utvärdering skall studera, den är så att säga en beskrivning av själva studieobjektet. Med utgångspunkt i modellen kan beställare och utförare av utvärdering formulera relevanta frågor att ställa till verksamheten. Exempelvis visar modellen att en förväntad effekt av verksamheten är att patienterna får ökad motivation och nya insikter. En utvärderingsfråga skulle därmed kunna vara: *Får patienterna ökad motivation och nya insikter?* Vidare är en förväntad effekt att patienterna blir mer aktiva i sin rehabilitering och en tredje att myndigheterna får ökad kunskap om patienternas behov. Utvärderingsfrågor att ställa skulle då kunna vara: *Blir patienten mer aktiv i sin rehabilitering?* och *Får myndigheterna ökad kunskap om patienternas behov?*

Utvärderingsfrågorna kan också handla om själva insatserna och vilka egenskaper dessa skall ha. I den modell vi skapat anges att det underlättar om patienterna känner sig sedda samt om teamens arbete är väl förankrat på vårdcentralen. Exempel på utvärderingsfrågor skulle här helt enkelt kunna vara: *Upplever patienterna att de blir sedda?* och *Är teamens arbete väl förankrat på vårdcentralen?*

En *utvärdering* kräver oftast en omfattande planering och arbetsinsats för att frågorna skall kunna besvaras. Om man istället söker prestationsmått för verksamheten, i syfte att med en mindre arbetsinsats följa upp hur verksamheten utvecklas, kan nedanstående modell tjäna som stöd för tanken och underlag för planering. Utifrån den logiska modell över teamens verksamhet som i denna studie har skapats kan både så kallade processegenskaper, d.v.s. tankar om hur aktiviteterna/insatser skall genomföras, och förväntade effekter placeras in som mål för verksamheten, se tabell 2 nedan.

TABELL 2: MALL FÖR PLANERING AV UPPFÖLJNING

MÅL	Aktiviteter	Förväntad effekt steg 1	Förväntad effekt steg 2	Förväntad effekt steg 3
	Teamarbetet präglas av öppenhet och respekt. Teamets arbete har stöd i de samverkande myndigheterna och är väl förankrat på vårdcentralen	Arbetet blir mer effektivt (gemensamt språk och förhållningssätt utvecklas, kunskapen om varandras myndigheter ökar)	Insatsernas träffsäkerhet ökar och överbehandling och rundgång minskar	Minskade offentliga kostnader
INDIKATOR PÅ MÅLET ÄR UPPNÅTT	Exempelvis: Minst 90 % av medarbetarna upplever att arbetet präglas av öppenhet och respekt			
EMPIRISKT UNDERLAG	Exempelvis: En medarbetarenkät			

Utifrån respektive mål identifieras först vad som eventuellt skulle kunna vara en indikator på att målet är uppnått. Exempelvis skulle man kunna besluta att målet "Teamarbetet präglas av öppenhet och respekt" är uppnått om 90 procent av medarbetarna upplever att så är fallet. Nästa steg är sedan att tydliggöra vilket empiriskt underlag som eventuellt finns eller måste samlas in för att kunna mäta detta. I detta fall skulle det empiriska underlaget kunna utgöras av en medarbetarenkät.

Detta var några ord om hur den logiska modell som rekonstruerats i den här studien kan fungera som underlag vid planering av uppföljning och utvärdering. Arbete med att utvärdera eller följa upp en verksamhet kräver naturligtvis mer än detta, men en programteori/en logisk modell är god hjälp på vägen.

5. DISKUSSIONSUNDERLAG: TEAMSPECIFIKA UTMANINGAR

I kapitel 3.3 diskuterades gynnsamma och hindrande faktorer som vi kunde identifiera på en aggregerad nivå och de placerades in utifrån vilka led i programteorin som de berör. I syfte att tillhandahålla diskussionsunderlag för respektive team följer nedan en genomgång av de utmaningar som är specifika för de olika teamen. Vi har i enkäten ställt frågor som handlar om i vilken utsträckning olika faktorer utgör hinder för teamets arbete. I tabellerna nedan presenteras medelvärdena för hur medlemmarna i de olika teamen svarat. Skalan löper mellan 1-7 där 1 betyder att man inte upplever denna faktor som ett hinder och 7 att den upplevs vara ett stort hinder. Siffrorna kan tolkas så att ett värde som ligger mellan 5 – 7 innebär att teamet upplever denna faktor som ett mer eller mindre stort hinder. Värden mellan 1 – 3 kan tolkas som att den idag inte är ett hinder eller upplevs vara ett hinder endast i mycket låg grad. Dock är det som redovisas de beräknade medelvärdena och läsaren bör vara medveten om att variationer inom teamet kan förekomma. Det som i tabellerna kallas för *n-värde* anger hur många personer som har besvarat frågan.

5.1 TEAMET PÅ ANGEREDS VÅRDCENTRAL

TABELL 3: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ ANGEREDS VC

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för teamets arbete idag:	Medelvärde team Angered	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,50	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	4,00	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	5,75	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera?	5,25	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	4,50	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	6,67	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån?	5,25	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	3,00	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	3,75	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	3,33	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	4,25	3,91

Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Angered var n = 3 för fråga F och J, för övriga frågor var n = 4. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för teamet i Angered:

- Stor andel bemanningsläkare, vilket försvårar samarbetet mellan team och läkarkår.
- Att hitta praktikplatser och arbetsträning till de patienter som bedöms ha en arbetsförmåga.

5.2 TEAMET PÅ LÄRJEDALENS VÅRDCENTRAL

TABELL 4: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ LÄRJEDALENS VC

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för teamets arbete idag:	Medelvärde team Lärjedalen	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,00	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	2,20	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	4,40	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera?	3,20	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	2,60	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	2,20	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån?	3,20	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	3,40	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	5,20	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	2,20	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	3,80	3,91

Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Lärjedalen var n = 5 för samtliga frågor. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för team Lärjedalen:

- Försäkringskassans nya regler om sjukpenning och sjukersättning.
- Ombyggnad på vårdcentralen gör att teamet inte längre kommer sitta på samma våningsplan som läkarna.

- Att arbeta med patienter med ingen eller liten arbetslivserfarenhet, patienter som är uppgivna och har låg motivation.
- Läkarna har en pressad arbetssituation (stress, väldigt många patienter) vilket kan försvåra kontakten mellan team och läkarkår.

5.3 TEAMET PÅ VÅRDCENTRALEN SPINNAREN

TABELL 5: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ VC SPINNAREN

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för teamets arbete idag:	Medelvärde team Spinnaren	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,33	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	4,83	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	5,67	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera?	4,50	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	4,00	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	4,83	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån?	4,83	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	1,83	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	4,83	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	2,17	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	4,33	3,91

Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Spinnaren var n = 6 för samtliga frågor. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för teamet på Spinnaren:

- Många vikarierande läkare försvårar kontakten mellan team och läkarkår.
- Att teamet inte sitter i samma rum, att teammedlemmarna sitter långt ifrån varandra på vårdcentralen.

- Processen att komma fram till en gemensam förståelse för vad man ska göra och vilka arbetsmetoder man ska använda.
- Tidsbrist – tiden teamet har räcker inte alltid till för det behov som finns i vårdcentralens upptagningsområde.

5.4 TEAMET PÅ OLSKROKENS VÅRD CENTRAL

TABELL 6: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ OLSKROKENS VC

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för teamets arbete idag:	Medelvärde team Olskroken	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,00	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	3,50	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	5,75	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera?	1,75	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	3,75	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	2,00	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån?	3,75	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	3,00	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	4,50	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	3,50	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	4,50	3,91

Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Olskroken var n = 4 för samtliga frågor. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för team Olskroken:

- "Våra regler i förhållande till vad vi skulle vilja göra" – exempelvis begränsade möjligheter att tillhandahålla praktik/arbetsträning.

- Att bli ett team och att hantera situationer när delar av personalen slutat och andra kommit till.
- Lokalen – buller och dålig luft.

5.5 TEAMET PÅ VÅRDCENTRALEN KUNGSHÖJD

TABELL 7: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ VC KUNGSHÖJD

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för teamets arbete idag:	Medelvärde team Kungshöjd	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,40	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	4,40	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	5,60	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera?	2,80	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	6,00	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	4,60	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån?	3,80	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	2,60	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	3,40	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	1,00	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	5,40	3,91

Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Kungshöjd var n = 5 för samtliga frågor. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för teamet på Kungshöjd:

- Möjligheten att tillhandahålla de lämpligaste insatserna till patienterna är i vissa fall begränsad – ibland får man nöja sig med vad som finns även om det inte är optimalt för patienten.
- Att förankra teamet på vårdcentralen och väcka läkarnas intresse att samarbeta med teamet.
- Att få till tider för teamarbetet som passar alla teammedlemmar.

- Att teamet är så omvärldsberoende. De samverkande myndigheternas resurser och regelverk påverkar hur teamet kan arbeta, t ex vilka insatser man kan/inte kan sätta in.
- Att på ett effektivt sätt få med den medicinska bedömningen av patienten när man inte har en läkare med i teamet.

5.6 TEAM PÅ VÅRDCENTRALEN KUNGSSTEN

TABELL 8: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ VC KUNGSSTEN

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för teamets arbete idag:	Medelvärde team Kungssten	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,17	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	3,83	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	4,17	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera? (n = 5)	2,80	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	3,50	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	2,00	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån? (n = 5)	3,60	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	2,83	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	4,17	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	1,50	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	2,00	3,91

Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Kungssten var n = 5 för fråga D och G och för övriga frågor var n = 6. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för teamet i Kungssten:

- Om patienten inte är aktuell på socialtjänsten kan teamet inte utnyttja socialtjänstens resurser, vilket kan begränsa utbudet av insatser för patienten.

- Att få rätt patienter - att få läkarna och övrig personal att remittera patienter som är nyligen sjukskrivna eller som ännu inte hunnit bli sjukskrivna.
- Personalomsättning – att anpassa teamet när gamla medlemmar lämnar och nya kommer in.

5.7 TEAM PÅ SVALEBO VÅRD CENTRAL

TABELL 9: SVAR PÅ WEBBENKÄTENS FRÅGOR RÖRANDE HINDER FÖR TEAMARBETET, TEAM PÅ SVALEBO VC

I hur stor utsträckning anser du att följande faktorer utgör ett hinder för <i>teamets</i> arbete idag:	Medelvärde team Svalebo	Medelvärde samtliga team
A: Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområden?	3,25	3,24
B: Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna?	4,00	3,85
C: Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet?	4,50	5,09
D: Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet ska prioritera?	3,25	3,39
E: Teamets möjligheter att nå rätt målgrupp?	3,50	3,97
F: Stöd från vårdcentralschef och övrig personal?	4,50	3,67
G: Skillnader i förväntningar på teamets arbete mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån?	4,00	4,06
H: Personalomsättning inom teamet?	5,25	3,03
I: Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande?	2,50	4,12
J: Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet?	3,25	2,27
K: Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning?	3,50	3,91

Tabellkommentar: Tabellkommentar: Skalan löper mellan 1-7 där 1="inget hinder alls" och 7="ett stort hinder". För team Svalebo var n = 4 för samtliga frågor. För samtliga team var n = 34 för fråga A, B, C, E, H, I, K och för fråga D, F, G, J var n = 33.

Utöver detta pekar en analys av intervjuerna på att följande faktorer upplevs ha inneburit eller uppfattas kunna komma att innebära en utmaning för team Svalebo:

- Läkarsituationen – många vikarierande läkare försvårar samarbetet mellan team och läkarkår.
- Att nå rätt målgrupp d.v.s. patienter som nyligen blivit sjukskrivna.
- Försäkringskassans nya regler och ändrade regler på arbetsförmedlingen.

REFERENSLISTA

Tryckta källor

Chen H.T. (1990): *Theory-Driven Evaluations*, Newbury Park, CA: Sage

Danermark, Berth & Christian Kullberg (1999) *Samverkan: Vårdförstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Danermark, Berth (2004) *Samverkan – en fråga om makt*. Örebro: Läromedia.

Hanberger, Anders, Eva Wikström & Mehdi Ghazinour (2006) *Regeringens insatser mot hedersrelaterat våld – en utvärdering av samverkansprojekt: delrapport 1*. Umeå Centre for Evaluation Research, Oktober 2006.

Rogers (2000), "Casual Models in Program Theory Evaluation", *New Direction for Evaluation* no. 87, Fall 2000

Rossi, Freeman, Lipsey (2004), *Evaluation: A Systematic Approach*, Sage, London, 7:e edition, Sage Publication, Thousand Oaks

Socialstyrelsens rapport *Samverkan inom rehabiliteringsområdet* 1998:8

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

SOU 2008:37 "Vårdval i Sverige"

Socialstyrelsen 2000:6 *Identifiering av hinder och framgångsfaktorer*

Socialstyrelsen 2004:28 *Mellan två stolar*

Wikström, Ewa & Kajsa Lindberg (2006) *Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården: Utvärdering av Modellkommunprojektet*. Rapport 20. Handelshögskolan vid Göteborg universitet.

Elektroniska källor

<http://www.forsakringskassan.se>

http://www.susam.se/finsam/starta_forbund/rek_stod_finsam_2007.pdf

RAPPORT 2007: Beskrivning av vårdcentralerna och dess upptagningsområden per primärvårdsområde utgiven av Västra Götalandsregionen och Göteborgs stad. Hämtad från www.vgregion.se

BILAGA 1 – UPPDRAGSBESKRIVNING

Studiens syfte

Syftet med studien är att ge en nulägesbeskrivning genom att beskriva hur de olika teamen arbetar och varför de valt att arbeta som de gör. Syftet är också att göra en jämförelse mellan de olika teamens arbetssätt. Studien skall bidra till att skapa kunskap om teamens arbete samt fungera som underlag för kompetensöverföring mellan teamen. Studien kan också komma att fungera som underlag för framtida utvärdering och uppföljning av teamens verksamheter.

Studiens ansats

Studien kommer att ha en programteoretisk ansats. Detta innebär att utvärderarna arbetar utifrån ett tänkande där alla verksamheter kan beskrivas och analyseras som en process i vilken resurser via olika insatser omvandlas till effekter. Se bild nedan.

Genomförande

Studien genomförs i tre steg. Först görs en kartläggning av hur teamen arbetar. Frågeställningarna struktureras utifrån analysramen (resurser, användar-, service- respektive organisationsdomänen och förväntade effekter). I ett andra steg görs en jämförelse mellan de olika teamen. I det tredje och sista steget identifieras de viktigaste lärdomarna (framgångsfaktorer och utmaningar) som respektive team har dragit utifrån sin verksamhet.

Steg 1 Kartläggning: Hur arbetar de olika teamen?

Resurser

- Vilka resurser finns i teamen (kompetens, erfarenhet, yrkesprofessioner etc.)?
- Köper teamen in externa tjänster eller inte?
- Vilka lokaler används? Sitter teamen på vårdcentralerna?

Användardomän

- Vilka direkta och indirekta målgrupper vänder sig teamen till?
- Hur är det tänkt att gå till när patienterna möter teamet (från identifikation till "utskrivning")

Servicedomän

- Vad gör teamen konkret i mötet med patienterna? Varför har de valt att göra som de gör?

Organisationsdomän

- Vilka krav ställs på organisationen för att kunna genomföra insatserna?

Effekter

- Vilka effekter tänker sig teamen av sin verksamhet (främst på individ- men även organisationsnivå)?
- Hur följs dessa förväntade effekter upp? Vilken uppföljning görs?

Steg 2 Jämförelse: Vilka likheter och skillnader finns mellan de olika teamen?

- Skiljer sig teamens uppdrag åt?
- Har de olika teamen samma syn på vad teamen skall uppnå, d.v.s. de förväntade effekter av teamens arbete? Om nej, vilka skillnader finns?
- Skiljer sig målgrupperna åt?
- Skiljer sig teamens resurser åt?
- Skiljer sig arbetssättet åt (i användar-, service- respektive organisationsdomänen)? Om ja, på vilket sätt? Vilka likheter finns? Vilka är skillnaderna?

Steg 3 Lärdomar

- Vilka lärdomar har teamen dragit så här långt?
- Vilka utmaningar har de stött på och vilka framgångsfaktorer kan de identifiera?

Datainsamling

Den datainsamling som skall ligga till grund för studien är främst:

- 6 stycken djupintervjuer med samordnare/koordinatörer
- 7 stycken gruppintervjuer med teamens personal
- Webbenkät till samtlig personal inom teamen

Slutprodukt

Det som levereras är en välskriven och lättläst rapport som på ett pedagogiskt sätt besvarar överenskomna frågeställningar. Rapporten levereras i pdf-format.

BILAGA 2 – GENOMGÅNG AV TIDIGARE STUDIER AV SAMVERKAN

För att kunna precisera de frågeställningar som skall besvaras följer nedan en kort genomgång av tidigare studier om samverkan. Vi söker i denna litteraturgenomgång specifikt efter kunskap om vilka faktorer som kan sägas ha påverkat tidigare samverkansarbete.

Den existerande forskningen om samverkan visar att det finns ”uppenbara brister i samhällets förmåga att samordna sina insatser för svaga grupper”.¹⁹ Samverkan förväntas generellt bemöta ett behov av att föra över information mellan olika myndigheter och instanser, och behov av att utreda vem som är ansvarig i gränslandet däremellan.²⁰ Detta utmanas av decentralisering, sektorisering och professionalisering där samverkan knappast är ett val varför den kommit att kallas ”välfärdsstatens nya arbetsform”.²¹ I denna anda försöker statliga myndigheter och verk skapa incitament för att frambringa samverkan. Trots detta är inte samverkan något nytt. Redan 1974 konstaterades att:

”splittrat huvudmannaskap; konflikter om kostnader, prioriteringar, brist på initiativ, ansvarstvister, avsaknad av väl fungerande administrativa och politiska former för samordning och verksamhets- och resursplanering; olika referensramar och allmänna förutsättningar för berörda organ – organisation, lagstiftning, utbildning och arbetssätt, otillräckliga kunskaper om övriga samarbetspartners arbetsområden; orealistiska förväntningar, dubbelarbete, otillräckligt utvecklade arbetsformer för problembearbetning och samarbete kring enskilda individer och grupper” var problem som motiverade samverkan.²²

Förväntningarna på vad samverkan ska bidra med finns på ett flertal områden: att kunna lösa komplexa problem och att möta utsatta personers behov²³; att effektivisera och samordna resurshantering och ekonomi och att undvika dubbelarbete;²⁴ att bidra till ökat lärande och förståelse för andra aktörer för att kunna slussa vidare och veta vem som har mandat.²⁵

En central fråga för vår studie är vilka faktorer som i tidigare studier uppmärksammats som antingen gynnsamma eller hindrande för samverkan. Först kan vi konstatera att samverkan förmodligen alltid kommer att stöta på ”problemmekanismer” - det handlar snarare om att skaffa sig en beredskap att hantera dessa.²⁶ Att de samverkande aktörerna har kunskap om varandras arbetssätt är viktigt för att få samverkan att fungera, men att skaffa sig denna förståelse kan också i sig själv vara ett mål med samverkan. De faktorer som visat sig vara **gynnsamma/stödjande** i tidigare samverkansprojekt, utgörs naturligtvis i stor utsträckning av frånvaron och hanteringen av de begränsande faktorerna.

De faktorer som visat sig **begränsa samverkan** kan finnas på olika nivåer, det kan handla om individuell och organisationsbaserad nivå. Problemen bygger ofta på ett antal grundläggande skillnader inom regelverk, kunskaps- samt förklaringsmodeller och organisation hos de samverkande aktörerna.²⁷ I det inledande skedet kan det finnas skilda förväntningar, syn på problemet, och behov. På

¹⁹ Danermark & Kullberg 1999:34

²⁰ Wikström & Lindberg 2006

²¹ Danermark & Kullberg 1999

²² SOU 2000:114, s. 55

²³ Hanberger m.fl 2006

²⁴ SOU 2000:114

²⁵ Borell & Johansson 1998

²⁶ Danermark & Kullberg 1999

²⁷ Ibid.

organisationsnivå kan olika kunskapstraditioner, professionella mål samt statuskillnader mellan deltagande aktörerna utgöra hinder. Men maktstrukturer finns såväl inom deltagande organisationer som mellan organisationerna. De personer som deltar ska fungera såväl i samverkansprojektet som i det egna organisatoriska sammanhanget, och Danermark har visat att representanter i ett samverkansprojekt kan hamna i lojalitetskonflikter.²⁸ En asymmetrisk relation mellan de deltagande aktörerna kan hindra samverkan, eftersom uppfattningen om ömsesidighet i utbytet då saknas, liksom brist på jämlikhet i kommunikationssituationer.²⁹ Detta kan härröra såväl ur en rädsla att förlora sin auktoritet, som bristande förståelse och respekt för varandras kompetens, och om andras organisationer, liksom orealistiska förväntningar på andra. Detta kan bero på brister i kommunikation och förtroende för samverkan.³⁰

Socialstyrelsen har i ett flertal rapporter visat på olika ekonomiska intressen, och riskerna med s.k. övervältringseffekter, d.v.s. att samverkan kan leda till att kostnader läggs på andra myndigheter.³¹ Andra organisatoriska förhållanden som skilda rutiner, strukturer, och sektorsintressen³², samt revirtänkande har också visat sig spela roll.³³ Myndigheters skilda uppdrag och mål kan även medföra olika tolkningar av hur centrala begrepp används vilket kan försvåra samverkan.³⁴ Detta berör även skild etisk praxis och sekretesslagstiftning.³⁵

Att dålig samordning visat sig ha en begränsande inverkan är knappast överraskande. Hög personalomsättning och stor arbetsbelastning är ytterligare faktorer som kan hämma samverkan.³⁶ Kommunikationen mellan aktörerna i verksamheten har betydelse, d.v.s. om människor träffas ansikte mot ansikte, eller om de tar hjälp av olika teknologier.³⁷ Likaväl spelar den organisatoriska inramningen roll, d.v.s. om det är ett projekt eller del av den ordinarie verksamheten. Danermark har fokuserat på maktrelationer som kan spela in i samverkan, exempelvis genom att ge tolkningsföretråde, och han identifierar följande faktorer: lagstiftning och regelverk, professionell status, kön, ekonomiska resurser, ställning i hierarkin, samt sociala egenskaper.³⁸ Mötestider, hur kommunikationen sker, vilket språk som används, samt vilka mötesformer som premieras har stor betydelse och kan verka exkluderande. Sammanfattningsvis kan man säga att de faktorer som föranleder ett behov av samverkan också kan bistå med problem i ett samverkansprojekt. Slutligen bör samverkan vara ett medel snarare än ett mål för att nå goda resultat.³⁹

²⁸ Danermark 2004

²⁹ Danermark & Kullberg 1999

³⁰ Ibid.

³¹ Socialstyrelsen 2000; 1998

³² Socialstyrelsen 1998

³³ Wikström & Lindberg 2006

³⁴ Socialstyrelsen 2000

³⁵ Socialstyrelsen 1998

³⁶ Danermark & Kullberg 1999

³⁷ Danermark 2004

³⁸ Ibid.

³⁹ Socialstyrelsen 2004; 1998

BILAGA 3 – METODDISKUSSION

Om studiens design

Att använda programteori på det sätt vi gjort har sin begränsning i det att vårt perspektiv är något ensidigt. Vi har enbart utgått ifrån intervjuer med teammedarbetare. För att rekonstruera en fullständig programteori bör fler aktörer involveras. I vårt fall hade det varit av intresse att inkludera de som är teamens uppdragsgivare, representanter för de samverkande myndigheterna, både tjänstemän och politiker. Det arbete som vi gjort fyller ändå sin funktion i det att den programteori/logiska modell som rekonstruerats kan användas som utgångspunkt för diskussioner bland andra aktörer. Dessa aktörer får då något att förhålla sig till och kanske opponera emot.

Om analysramen

Vår analysram utgår ifrån ett tänkande där verksamhet beskrivs utifrån vilka resurser den förfogar över, vilka aktiviteter den genomför och vad aktiviteterna förväntas leda fram till. En detaljerad redogörelse för vår analysram och de tolkningsregler vi använt presenteras i tabell 3 nedan.

TABELL 10: DETALJERAD ANALYSRAM OCH TOLKNINGSREGLER

Led i programteorin	De områden som skall studeras	Tolkningsregler – kartläggning	Tolkningsregler – gynnsamma och hindrande faktorer
Resurser	De resurser som finns i teamen, lokal, personal mm.	Beskrivning av vad som finns i teamen i form av kompetens, erfarenhet, tid avsatt mm.	Utsagor som handlar om hur tillgång till resurser (obs att detta endast gäller teamets resurser) antingen gynnar eller missgynnar teamets arbete
Aktiviteter	A. Teamets arbete med patienterna	Utsagor som handlar om det teamen GÖR som är direkt kopplat till att påverka patienterna	Utsagor som handlar om hur en faktor gynnar eller missgynnar det som teamet GÖR . (Obs att faktorerna kan ha olika ursprung, exempelvis bero på själva teamet och dess arbetssätt eller uppfattas ha sitt ursprung i omvärlden)
	B. Teamets "övriga" arbete	Utsagor som handlar om allt teamet GÖR som inte är direkt kopplat till att påverka patienterna	
Förväntade effekter	De effekter som teammedarbetarna förväntar sig av teamens arbete	Utsagor om hur patienter, organisationer eller samhället skall påverkas	Utsagor om hindrande faktorer som uppstår på grund av att teamen förväntas arbeta för att uppnå vissa effekter.
Omvärlden	C. Teamets närmsta omvärld, nämligen vårdcentralerna	Kartläggs ej	Utsagor som handlar om faktorer som gynnar eller missgynnar det teamet GÖR men som anges ha sitt ursprung i den

	och deras personal, medarbetarnas hemmaorganisationer (FK, AF etc.)		närmsta omvärlden
--	---	--	-------------------

Om analysramens begränsningar: svårigheter med gränsdragning

En begränsning med vår analysram är att en faktor kan uppfattas få konsekvenser i ett led i programteorin, men att orsaken/ursprunget till denna faktor uppfattas finnas någon annanstans. Exempelvis lyfts läkarsituationen fram som ett problem i många team. Den faktor som (i det här fallet) missgynnar teamets arbete är *Tillgång till läkare*. Bristen på läkare får *konsekvenser* för teamets arbete med patienterna (i analysramen A. Teamets arbete med patienterna) men problemets *orsak* uppfattas ligga i omvärlden (i analysramen C. Teamets direkta omvärld) nämligen att vårdcentralen har många vikarierande läkare. Här uppstår svårigheter med gränsdragning i vår analysram. Skall denna faktor kategoriseras där den uppfattas ha sina konsekvenser eller där den anses ha sitt ursprung? Detta problem är mindre relevant för att uppnå det som är syftet med föreliggande studie. Skulle vi använda analysramen i en studie med mer precisa frågeställningar om orsak och verkan skulle vi dock behöva utveckla dessa tolkningsregler.

Om de individuella intervjuerna

Vi använde en semistrukturerad intervjumall i de individuella intervjuerna. Styrkan med denna metod är att den tillåter att intervjupersonen går utanför mallen och att man som intervjuare då kan få information som man annars hade gått miste om, vilket kompenserar att vår förförståelse för studieobjektet är begränsad. Svagheten är att det med denna metod är svårt att få fram precis samma information i alla intervjuer. På vissa områden vet vi alltså inte samma saker om alla team. Vi vill också framhålla betydelsen av den ordning i vilken intervjuerna genomfördes. Allt eftersom intervjuarbetet framskred lärde vi oss allt mer om teamen och därmed formulerades nya frågor – ofta på en mer detaljerad nivå. Även detta gör att vi inte fick svar på exakt samma frågor av alla team, även om de stora, övergripande frågorna naturligtvis avhandlades i alla intervjuer.

Om gruppintervjuerna

Vårt sätt att använda fiktiva fall som underlag för gruppintervjuerna har flera fördelar. Att samtliga team gör sina bedömningar av samma "fall" ger god intern validitet - man kan vara relativt säker på att teamen har samma referens i sina svar. Det underlättar för den jämförelse mellan teamen som ska genomföras i denna studie.

Den externa validiteten kan emellertid vara sämre. Det betyder att resultaten har en begränsad generaliserbarhet till andra team än just de som ingår i denna studie. Metoden har även kritiserats för att ställa respondenterna inför en hypotetisk situation som riskerar att inte vara tillräckligt realistisk för att en verklighetstrogen bedömning ska kunna göras. Detta har vi försökt undvika genom att utarbeta fallen i nära samarbete med uppdragsgivarna, samt genom att ta del av verkliga ärenden som

varit aktuella för team på vårdcentraler och låtit dessa fungera som modeller för vårt stimulus-material. För att ge läsaren en möjlighet att ta ställning till relevansen i fallen finns dessa som bilagor till denna rapport.

På grund av gruppintervjuns karaktär – ett samtal/diskussion som följer en viss mall men som tillåts avvika från den när intervjupersonerna vill delge något som de anser vara viktigt – uppstår samma metodologiska svaghet som i de individuella intervjuerna. Denna metod möjliggör för oss att skapa en god, men inte nödvändigtvis en heltäckande bild, av samtliga team. Vi är beroende av vad personerna väljer att berätta och vet inte vilken information som eventuellt undanhålls.

BILAGA 4 – INTERVJUGUIDE TEAMSAMORDNARNA

<p>Introduktion: kort presentation av intervjuaren och Konkludo, syftet med studien, hur materialet kommer behandlas. Ställ några introducerande frågor om intervjupersonen: namn, bakgrund, yrke idag? Led in samtalet mot respondentens roll som teamkoordinator/samordnare.</p>
<p>Tema resurser</p>
1. Hur länge har Du arbetat i detta team? Hur länge har teamet funnits?
2. Hur ser ert team ut idag? Hur många personer arbetar i teamet? Vilka yrkesprofessioner? Externa tjänster?
3. Var träffas ni? Har ni tillgång till egna lokaler?
4. Har Du erfarenheter av tidigare liknande teamsamarbete? Om ja, i vilken form?
5. Vilken kunskap/erfarenhet/utbildning/kompetens har Du (mest) användning av i ditt arbete som samordnare/koordinator?
6. Vilken kunskap/erfarenhet/utbildning/kompetens har ni i teamet (mest) användning av i ert arbete?
7. Finns det något ni saknar i teamet? (kompetens, kunskap)
8. Hur skulle teamet kunna utvecklas?
9. Hur mycket tid, räknat i procent av varje teammedlems tjänst, är avsatt för teamets arbete?
<p>Tema förväntade effekter</p>
10. På en övergripande nivå, hur skulle Du kort beskriva det som ni gör i teamen?
11. Vad är det ni vill uppnå med er verksamhet? Varför är det viktigt? Vad innebär det?
12. Vad skulle Du säga att ert uppdrag är?
13. Om du skulle argumentera med någon varför det här sättet att arbeta är bättre än att inte arbeta i samverkan, vad skulle du säga då? Vad är mervärdet med samverkan?
14. Vad vill ni konkret ska ske med patienten när hon/han träffar teamet?
15. Vad händer med patienten hos er om man jämför med annan rehabilitering?
16. Hur följer ni upp ert arbete?
<p>Tema Insatser</p>
17. Hur skulle Du definiera era målgrupper? Vilka personer kan bli aktuella i teamen? Finns det indirekta målgrupper och vilka är de?
18. Vilka personer når ni? Stämmer de in på er målgrupp?
19. Hur går ert dagliga arbete i teamet konkret till? Hur ofta träffas ni? Var träffas ni?
<p>Tema gynnsamma och hindrande faktorer</p>
20. Hur sker vanligen den interna kommunikationen inom teamet? Kommunikerar teammedlemmarna med varandra även utanför de formella mötena? Hur sker denna kommunikation (e-mail, telefon, fikaraster etc.) Hur kommunicerar teamet med sin omvärld? Formella eller informella kommunikationskanaler?
21. Hur går det konkret till när en patient blir aktuell för teamets arbete? Hur går det konkret till när ni möter patienten? Vad är det första som sker? Vad händer sedan? Vilken funktion fyller du? Osv.
22. Hur lång är kedjan/processen från det att någon i teamet uppmärksammar att en patient är i behov av samverkansinsatser tills det att han eller hon "avslutas"?
23. Vad skulle Du säga krävs för att denna process ska fungera väl?
24. Hur fungerar processen idag?
25. Vad krävs för att processen, samverkan, skulle fungera ännu bättre?
26. Du sa tidigare att ni på en övergripande nivå arbetar för att uppnå _____. Vad krävs enligt dig för att detta arbete skall lyckas?
27. Hur tycker du att det i dagsläget fungerar att arbeta mot detta/dessa mål?
28. Vilka är enligt dig de viktigaste utmaningar som teamet har stött på i arbetet så här långt?
29. Är det något som Du tycker att vi ännu inte har berört som är viktigt att nämna?

BILAGA 5 – FOKUSGRUPPSGUIDE OCH STIMULUSMATERIAL

Syfte: att få gruppen att

- *beskriva processen* (När? Var? Hur? Vad? Vem?)
- *motivera bedömningen* (Varför?)

STARTFRÅGOR innan fallen presenteras

1. Vad är ert uppdrag?
2. Vad vill ni skall ske med patienterna?
3. Hur går det till när patienterna blir aktuella för ert team? Vilket är det vanligaste sättet en patient aktualiseras på?
4. Vem gör vad? Varför?
5. Vad är det första som sker?
6. Vad händer sedan?
7. Hur lång tid är patienterna aktuella för ert team?
8. Vad är de kortaste/längsta perioderna? (Vid det-beror-på-svar)
9. Finns det någon övre gräns?

FÖLJDFRÅGOR kring fallen

Patienten har blivit aktuell för ert team genom en läkare här på vårdcentralen.

1. Vad är det första som sker? Varför?
2. Vad är syftet med det första mötet? Vilka deltar på detta möte? Varför är just de med?
3. Vilken bedömning gör ni av patientens behov?
4. Vad i beskrivningen av patienten fick er att göra den bedömningen?
5. När ni nu gjort en bedömning av patientens behov, vilka insatser föreslår ni? Varför?
6. Finns det andra insatser som skulle kunna övervägas? Varför? Varför inte?
7. Vad är målsättningen med ert arbete med patienten?
8. Hur följer ni upp hur det går för patienten? Varför är det viktigt att följa upp arbetet?
9. Vi antar att patienten deltar i de insatser ni erbjudit henne. Vad händer sen? Varför?
10. När avslutas patienten? Hur går det till?

Fall 1: Gudrun 38 år

Gudrun är 38 år gammal. Hon är ensamstående och har 2 barn (7 och 14 år gamla). Barnen har olika pappor. Sedan skilsmässan från yngsta barnets pappa är hon ensam försörjare. Hon har det knappt ekonomiskt och lider av detta – främst för barnens skull säger hon.

Gudrun har varit sjukskriven i två veckor. Hon säger att hon känner sig deprimerad, har sömnsvårigheter och oroar sig för barnen, ekonomin och framtiden.

Hon är en ofta återkommande patient inom vården, i första hand vårdcentralen men också inom den öppna allmänpsykiatri. Hon har de senaste åren sökt för olika symptom, bland annat magsmärtor, ryggont och huvudvärk.

Gudrun har gått på vårdlinjen i 2-årigt gymnasium och är undersköterska. Hon har arbetat i stort sett sedan hon blev vuxen men med många olika och ganska korta anställningar, ofta inom kommunen eller inom landstinget. Hon har en sjukpenninggrundad inkomst och försörjer sig sedan två år tillbaka på ett vikariat på ett sjukhem. Vikariatet är på heltid och går ut om ett år.

Trots sina svårigheter ger hon inte upp utan ger uttryck för en vilja att komma tillbaka. Hon säger att hon vill bli frisk, hon vill kunna arbeta men att hon nu behöver hjälp för att ta sig vidare.

Fall 2: Ismael 50 år

Ismael kom till Sverige för tio år sedan för att söka arbete här. Han hade under sex år ett fast heltidsjobb som bilmekaniker på en verkstad. Från och till var han sjukskriven kortare perioder på grund av ryggont. På grund av arbetsbrist blev han uppsagd för två år sedan och har sedan dess varit i kontakt med arbetsförmedlingen. Sedan hans a-kassa tog slut försörjer han sig genom socialbidrag.

För ett par månader blev ryggproblemen värre och Ismael har nu varit sjukskriven i sju veckor. Han går på sjukgymnastik en gång i veckan men han upplever ingen förbättring än så länge.

Sedan han blev sjukskriven har Ismael inte sökt några jobb. Innan sjukskrivningen var han i kontakt med kommunens arbetsökarstöd, men jobbsökandet fungerade inte så bra eftersom han inte var särskilt aktiv och hade mycket frånvaro, vilket enligt honom berodde på ryggvärken. Men han har också uttryckt att det inte är någon idé för honom att söka jobb, han tror inte att han kan få något, dels på grund av hans ålder, dels på grund av de svårigheter han har med språket. I dagsläget ser han det inte som realistiskt att börja arbeta förrän han mår bättre i ryggen.

Ismael är gift och har ett vuxet barn som bor på annan ort. Ismaels fru arbetar deltid som hårfrisör. Hennes inkomst är relativt låg och paret ekonomi har blivit ansträngd sedan Ismael blev arbetslös.

BILAGA 6 – FRÅGOR SOM STÄLLEDES I WEBBENKÄTEN

Denna enkät är en del av en studie som syftar till att kartlägga arbetet i team på vårdcentraler. Svaren kommer att behandlas strikt konfidentiellt och det kommer inte att framgå vad någon enskild person har svarat.

1. Vilka tidigare erfarenheter har Du av att arbeta i team?
Jag har tidigare erfarenhet av team där olika myndigheter/organisationer samverkar
Jag har tidigare erfarenhet av team/samverkan inom en och samma myndighet/organisation
Jag har inte någon tidigare erfarenhet av att arbeta i team liknande de som nämns ovan
2. Vilken beskrivning passar bäst in på hur du arbetar?
Jag arbetar både i team och på en annan arbetsplats/med andra uppgifter på vårdcentralen
Jag har hela min arbetstid förlagd till ett eller flera team
3. Här följer ett antal faktorer som i olika utsträckning kan påverka samverkan och det faktiska arbetet inom ett arbetsteam. I hur stor utsträckning anser Du att följande faktorer utgör hinder för *teamets arbete* idag? (1=faktorn utgör inte alls ett hinder, 4=faktorn utgör varken ett stort eller litet hinder, 7=faktorn utgör i mycket hög utsträckning ett hinder)

Teammedlemmarnas kunskap och kännedom om varandras kompetensområde
Skillnader i professionella kulturer mellan teammedlemmarna
Skillnader i regelverk hos de myndigheter som ingår i teamet
Skillnader i myndigheternas önskemål om vilka målgrupper teamet skall prioritera
Möjligheter att nå rätt målgrupp
Stöd från vårdcentralschef och övrig personal
Skillnader i förväntningar på teamets arbete (vad teamets arbete skall leda till) mellan de myndigheter som teammedlemmarna kommer ifrån
Personalomsättning inom teamet
Mängden ärenden i förhållande till den tid som teamet har till sitt förfogande
Förekomsten av personliga motsättningar och/eller konflikter inom teamet
Administrativa uppgifter som t.ex. dokumentation och uppföljning
Annat som varit hinder för teamets arbete

4. *Följande frågor besvaras endast av Dig som arbetar både i team och på en annan arbetsplats*
Här följer ett antal frågor gällande faktorer som i olika utsträckning kan påverka DITT arbete inom teamet. I hur stor utsträckning anser du att dessa faktorer utgör ett hinder för ditt arbete i teamet? (1=faktorn utgör inte alls ett hinder, 7=faktorn utgör i mycket hög utsträckning ett hinder)

Skillnader i förväntningarna min myndighet har på teamets arbete jämfört med önskemålen hos övriga myndigheter
Skillnader i min myndighets önskemål om vilka målgrupper teamet skall prioritera, jämfört med önskemålen hos övriga myndigheter
Hur känt teamet är bland kollegerna på min ordinarie arbetsplats
Stöd för min medverkan i teamet från min närmaste chef på min ordinarie arbetsplats.
Stöd för min medverkan i teamet från kolleger på min ordinarie arbetsplats
Tiden och energin jag måste lägga på arbetsuppgifterna på min ordinarie arbetsplats kan göra att jag känner mig stressad när jag arbetar i teamet
Tiden och energin jag måste lägga på arbetsuppgifterna i teamet kan göra att jag känner mig stressad när jag arbetar på min ordinarie arbetsplats
Annat som varit ett hinder i ditt arbete i teamet

5. Vilken beskrivning passar bäst in på hur beslut vanligen fattas i ditt team?

Vi diskuterar oss fram till enighet
Beslut fattas om en majoritet av oss är överens
En eller ett par personer brukar vanligen driva igenom sina förslag
Annat, nämligen

6. Vilken är din personliga uppfattning om det sätt ni fattar beslut på inom ditt team?
 Det är oftast problemfritt
 Ibland bidrar det till att problem uppstår i teamet
 Det utgör ofta en utmaning för samarbetet inom teamet
 Övriga kommentarer om beslutsfattandet
7. Vilken beskrivning passar bäst in på ledarskapet i ditt team?
 Teamets samordnare/koordinator/kontaktperson fungerar som ledare
 Det finns ingen tydlig ledare i teamet - vi har ett delat ledarskap
 En teammedlem (ej samordnaren) har tagit på sig en ledarroll
 Annat, nämligen
8. På vilket sätt påverkar samordningsförbundet teamets arbete?
 (Stämmer i hög grad, stämmer ganska bra, stämmer ganska dåligt, stämmer inte alls, vet ej)
- Genom skriftliga dokument såsom uppdragsbeskrivningar, riktlinjer och liknande
 Möten mellan hela teamet och styrgruppen
 Möten mellan teamets samordnare/koordinator och styrgruppen
 Möten mellan hela teamet och samordningsförbundets samordnare
 Möten mellan teamets samordnare/koordinator och samordningsförbundets samordnare
 Annat, nämligen

Vad är enligt dig viktigt för att samverkan inom teamet ska fungera bra när det gäller:

9. Mötet mellan olika professioner/myndigheter?
 10. Mötet med patienterna?
 11. Teamets interna arbete?
 12. Teamets relation till chef och personal på vårdcentralen?
 13. Andra lärdomar jag vill lyfta fram som viktiga för att samverkan ska fungera bra är:
14. Vilket team tillhör du?

Svalebo, Kungssten, Kungshöjd, Olskroken, Spinnaren, Lärjedalen, Angered

15. Vilken befattning passar bäst in på din funktion i teamet?

Handläggare försäkringskassan, Handläggare arbetsförmedlingen, Sjuksköterska, Psykolog, Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kurator, Socialsekreterare/Handläggare socialtjänsten, Läkare, Annan befattning.

16. Är du kvinna man

17. I hur många år har du varit verksam inom ditt yrkesområde?

18. I hur många månader har du arbetat i teamet?

19. Har du några övriga funderingar eller synpunkter på den här enkäten är Du välkommen att skriva ner dem i rutan nedan:

ETT STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN!