

UTVÄRDERING AV STACKEN

**Samverkan mellan primärvården &
försäkringskassan i Nynäshamn**

Slutrapport

2003-02-20

Eva Nilsson Lundmark & Ingvar Nilsson

(eva.lundmark@krutab.se i.nilsson@seeab.se)

1. SAMMANFATTNING & VÄGVAL

Stacken är såvitt vi kan se det ett unikt och framgångsrikt projekt för rehabiliteringssamverkan inte enbart därför man tagit den s.k. Kugghjulsmodellen och utvecklat den ytterligare, utan framförallt eftersom man dessutom starkt bygger projektiden på de två grundpelarna; delaktighet från patienten och ett utforskande och undersökande förhållningssätt till patientens problembild. I detta avseende tror vi att man är ganska unika i primärvårdssammanhang

Stackens inre arbete i form av synsätt, arbetsmetoder och arbetsredskap ger det bestämda intrycket av att vara ett skolexempel på hur framgångsrik samverkan bör byggas upp.

1.1 Läsanvisningar och målgrupp för rapporten

Denna rapport riktar sig till några olika grupper. I första hand riktar vi oss till **de som arbetar med projektet och utgör dess ledningsgrupp** för dem ska denna rapport vara ett beslutsunderlag om hur man kan gå vidare med att utveckla sitt arbete och sina roller. I andra hand riktar vi oss till personer och grupper som **överväger att inleda någon form av samverkansarbete eller beslutsfattare** som överväger att finansiera denna typ av verksamhet. Om du är en sådan läsare kan du se detta material som en sorts kunskapsbank att använda sig av för att sätta igång eller att fatta ett välunderbyggt beslut. I tredje hand vänder vi oss till de läsare som vill **vidga sin kunskap om hur man kan skapa fungerande samverkan mellan offentliga aktörer**.

Om du endast vill få tillgång till **de övergripande slutsatserna** av vårt arbete räcker det med att läsa detta inledningskapitel (**kap 1**) samt det avslutande kapitlet (**kap 6**). En beskrivning av **projektets historia hittar du i kapitel 2, 3 & 4**. **Kapitel 5** är rapportens längsta och innehåller en mer **grundlig analys av Stacken med utgångspunkt i ett antal teoribildningar och modeller för samverkan**. Det är i detta kapitel rapportens mer generella slutsatser står att finna.

1.2 Sammanfattning

1.2.1 Utmärkande drag

Detta förefaller utmärka Stacken

- * projektet förefaller ha **en klok och rimlig ansats**. Man ligger i metod och synsätt **mycket nära kunskapsfronten** inom detta område
- * **metodiken var väl genomarbetad och förankrad** innan start
- * det är baserat på en **genomtänkt och konsekvent genomförd syn kring rehabilitering**
- * det unika med projektet vid sidan av att primärvården har en så central roll är **delaktighetsperspektivet och det undersökande förhållningssättet** i ett primärvårdsanknutet rehabiliteringsarbete

Eva Nilsson Lundmark & Ingvar Nilsson

2003-02-25

- * projektet har lett till **ett antal spridningseffekter av positiv natur** som lett till att samverkan mellan primärvården och försäkringskassan underlättats.
- * man vill åstadkomma tidig upptäckt av personer med komplexa problembilder. Upptäcka dem innan de kronifieras i sin sjukroll - **ett sorts ”early warning system”**.
- * primärvården ska utgöra en bas i detta arbetet eftersom de flesta personer med multiproblematik passerar primärvården på sin väg in i vård- och rehabsystemen – **fånga problemet på rätt ställe**
- * målgruppen i projektet är de **svårbedömda** som inte alltid passar in i traditionella och entydiga sjukdomsbilder och/eller diagnoser. Detta kan bero på att de bär med sig en **sammansatt /komplex och/eller diffus problembild**. För att förstå detta och hitta fungerande rehabinsatser är **läkarens perspektiv ej tillräckligt** och det krävs ett synsätt **bortom det strikt somatiska**
- * ett av syftena med projektet har också varit att **underlätta arbetet för primärvårdsläkaren och på sikt avlasta dennes arbete**. För de läkare som utnyttjat projektet tycks också denna effekt ha uppnåtts

Sammanfattningsvis är detta ett projekt som enligt de erfarenheter som finns **har goda förutsättningar att lyckas. I det inre arbetet skulle man kanske drista sig att säga att det är ett mönsterprojekt eller skolboksprojekt.**

1.2.2 Framgångsfaktorer

Några av de faktorer vi uppfattar som ”hemligheten bakom” framgången i Stackenprojektet är följande

- * projektet drivs av de **eldsjälar** och de personer kring dem som en gång tagit initiativet till Stacken. Dessa eldsjälar har arbetat **långsiktigt, metodiskt och uthålligt**. Detta är kanske den enskilda viktigaste framgångsfaktorn
- * verksamheten drivs av **två engagerade och likvärdiga (jämbördiga) parter** – försäkringskassan och primärvården – som båda lyckats hitta ett vinna-vinna perspektiv i projektet
- * man har tidigt i projektet hittat en **struktur och arbetsmetodik** som visat sig vara konkret, användbar och framgångsrik och lyckats förena denna metodik med **ett genomtänkt förhållningssätt**
- * **patienternas i mycket hög grad upplevda delaktighet** och medverkan samt helhetssynen kring dem har gjort att gjorda behandlingsinsatser av olika slag sannolikt gett hög effekt
- * man har haft **en långsiktig plan för arbetet** som man både har följt i stort och anpassat då det varit nödvändigt – insikten om att man löper ett maratonlopp
- * man inledde det konkreta arbetet tidigt genom att i en **”pilotfas” eller ”produktutvecklingsfas”** pröva den ursprungliga modellen och har därefter stegvis utvecklat och reviderat densamma innan man övergått till en mer uttalad **driftsfas**
- * man har genomfört **gemensamma utbildningar** för personalen som både har givit direkta kunskaper kring en given fråga och som också bidragit till att de båda organisationernas personal kunnat närma sig varandra vilket underlättat vardagssamverkan utanför projektet

- * man har mycket tidigt i processen **involverat viktiga nyckelaktörer** både inom primärvården och försäkringskassa och gett dem möjlighet att påverka och utveckla den ursprungliga arbetsmodellen
- * man har **kontinuerligt under processen förankrat och återkopplat** både till primärvård och försäkringskassa men också hos andra intressenter som arbetsgivare och det lokala näringslivet
- * man har på ett unikt vis lyckats **involvera arbetsgivarna** i processen vilket sannolikt i hög grad underlättat återgången till arbete för många patienter

1.2.3 Försvärande händelser

Man brottades också, framförallt i inledningsskedet med flera av de problem man ofta stöter på i denna typ av arbete

- * hur få rekrytering av klienter till projektet – dvs. hur ska **remitteringsprocessen** se ut och **vilka kriterier** ska vara uppfyllda för att en klient ska få delta i projektet
- * hur få en aktiv **ledning som banar väg för projektet i moderorganisationerna**
- * hur ge projektet **tillräckligt med uppmärksamhet** i förhållande till alla andra viktiga aktiviteter som sker i moderorganisationerna
- * hur hantera **den inre förankringen** för att uppnå legitimitet i arbetet och hur hantera **den yttre förankringen med tänkbara partners** av olika slag
- * vad kommer att ske efter projekttiden, dvs. **hur ser ledningsgruppen på sin roll som blivande implementatörer av projektets resultat**

1.2.4 Förbättringsområden

Inom följande områden skulle projektet kunna bli ännu bättre

- * **den enskilda mest försvärande faktorn i projektet är de ersättningsmodeller och variabler för mätning av framgång i de båda organisationerna** som entydigt styr bort både primärvård och försäkringskassa från de långsiktiga uthålliga resultatmålen (hälsa, rehabilitering, minskning av sjukskrivning etc.) mot kortsiktiga mätbara prestationer (antal ärenden, läkarbesök per tidsenhet etc.)
- * arbetet med att stödja **den enskilde att fatta aktiva beslut om att genomföra sin egen rehabiliteringsprocess** skulle kunna utvecklas.
- * detta i sin tur kan ha att göra med att vi inte riktigt kunnat identifiera **den rehabiliteringspedagogik** som är nödvändig för att få individen att omvandla all kunskap och allt stöd till motivation och beslutsfattande kring sin egen situation. Arbetsmetoder och synsätt för ett effektivt motivationsarbete är kanske viktiga inslag. Vi tror att projektet skulle kunna bli ännu bättre om man **något mer såg detta som ett pedagogiskt problem och något mindre som ett behandlingsproblem**
- * den första och viktigaste utvecklingsinsatsen är att **ledningsgruppen tar ett mer offensivt och tydligare ledningsansvar**. Detta gäller inom flera olika områden. Förankring och legitimitet för arbetet på hemmaplan. Men även att redan tidigt i projektarbetet tänka genom och

- förbereda implementering av projektet erfarenheter. Möjligtvis bör också projektets mandat i förhållande till moderorganisationerna ytterligare förtydligas
- * för att kunna göra detta är det nog nödvändigt att **ledningsgruppen som sådan utvecklar sin interna diskussion** om projektets syfte och nytta både gemensamt och för den egna organisationen men också den gemensamma **synen på samverkan och ledning av samverkan**. Det förfaller finnas obruten mark inom detta område
 - * det har inte heller direkt skett några **systematiska ledningsdialoger mellan ledningsgrupp och projektgrupp** efter det att projektet inletts. I viss mening kan man säga att projektet under prototypfasen varit ledningsmässigt övergivet. Det vore en fördel om sådana dialoger kunde ske på en systematisk bas
 - * **förankrings- och remitteringsarbetet** med de olika linjeorganisationerna borde utvecklas ytterligare – inte minst **inom läkargruppen inom primärvården**. Här finns insatser att göra både från projektgrupp och ledningsgrupp
 - * vi tror också att det kan vara värdefullt att både inom projektet och med de olika linjeorganisationerna diskutera val av, **avgränsning av och prioritering inom målgruppen**.

1.3 Förslag för att gå vidare

1.3.1 Grunden

Den övergripande slutsatsen av denna utvärdering är att **Stackenprojektet är en framgångsrik verksamhet** för att rehabilitera i samverkan. **Framgången är både på det mänskliga planet samt myndighets- och samhällsekonomiskt sund.**

Därför är naturligtvis vårt huvudförslag att man efter projekttiden **bör bygga vidare på dessa erfarenheter och göra detta som ett permanent inslag i den ordinarie verksamheten**. Våra mer detaljerade förslag beskrivs i punktform nedan.

1.3.2 Inne i projektet

Inne i själva projektet löper arbetet väl, men det finns några saker som kan ge arbetet ännu mera fart

- * kuratorstiden är en av flaskhalsarna. Man bör överväga om man kan få medel till **ytterligare en kuratorstjänst**
- * ett likartat förhållande tycks föreligga då det gäller **viss kompetens inom sjukgymnastikområdet**
- * man bör också på sikt överväga om man kan **vidga och/eller modifiera målgruppen** så att man på så sätt kan få en större genomströmning av patienter i projektet
- * det finns också i det konkreta projektarbetet målgrupper och problemområden där personalen idag upplever sig ha brist på kunskap (utmattningsdepression och utbrändhet är ett sådant område). För att på sikt lyckas med dessa problem krävs **fortsatt kompetensutveckling**

1.3.3 Omvärlden och moderorganisationerna

Det finns ett stort behov av att få **ännu bättre samspel mellan projektet och de båda moderorganisationerna**

- * då projektet inleddes genomfördes med gott resultat fler olika förankringsseminarier. Det är nu dags att på nytt **genomföra sådana förankrings- eller utvecklingsseminarier.**
- * man bör också överväga om man kan **skapa en remitteringsprocess** där även andra aktörer såsom **kurator och sjukgymnast** får en roll

1.3.4 Projektets inre ledning

Projektet har under hela projekttiden haft det delade projektledarskapet som motor i processen. Rollen att driva arbetet framåt upphör inte i och med att projektet inlemmas i ordinarie arbete tvärtom blir det extra nödvändigt.

- * **utse process- eller verksamhetsansvariga** för det fortsatta utvecklings- och driftarbetet, med uppgift att driva, utveckla och dokumentera arbetet
- * ge dessa processledare samt de som arbetar i projektet framöver **regelbunden metodhandledning**

1.3.5 Ledningsgrupp

Ledningsgruppen har varit projektet akilleshäl av skäl vi förklarat i rapporten. Om implementeringsarbetet som vi här föreslår ska lyckas krävs några olika saker

- * för det första måste ledningsgruppen **ta en mer aktiv roll** för att driva, förankra och legitimera arbetet
- * för det andra måste ledningsgruppen göra någon form av **implementeringsplan** för hur projektet ska kunna permanentas
- * detta förutsätter att **finansieringsfrågorna löses** både på kort och lång sikt

1.3.6 Styrsystem och framgångsmått

Det mest avgörande externa hindret för att driva och utveckla detta projekt är **de ersättningssystem och de nyckeltal** som används för att mäta framgång och betala olika insatser inom landstinget och försäkringskassan. Lite tillspetsat är det så att ju mer framgångsrikt man bedriver rehabilitering i denna typ av modell, ju större underskott tenderar man att få i primärvårdens kortsiktiga budget och ju sämre nyckeltal får man i de framgångsparametrar man använder sig av inom försäkringskassan.

- * därför föreslår vi att man låter göra **en resultatutvärdering** som beskriver de övergripande **myndighetsekonomiska och samhällsekonomiska effekterna av Stackenarbetet.** Syftet med en sådan studie skulle vara att visa dels vilka ekonomiska effekter projektet har och dels vara ett underlag för att diskutera ersättningsmodeller och styrsystem med olika finansiärer och uppdragsgivare

2. BAKGRUND

2.1 Sammanhang

Stacken är ett samverkansprojekt mellan i första hand primärvården och försäkringskassan i Nynäshamn, men där även andra rehabiliteringsaktörer såsom kommun, arbetsförmedling och arbetsgivare berörs. **Namnet Stacken** bygger på den metaforiska bilden av att alla parter ska **dra sitt strå till stacken** för att man ska lyckas

Grundidén med Stacken är att **tidigt upptäcka och åtgärda komplexa och/eller diffusa symtom** för att därmed skapa en snabbare och effektivare rehabilitering och bidra till en tidigare återgång till arbete. Metoder för detta är bl.a. **ett undersökande förhållningssätt, helhetssyn och hög grad av delaktighet från patientens sida.**

Vårt uppdrag är att i en utvärderingsprocess **utvärdera och bidra till att utveckla den metod och den arbetsmetodik man utvecklar i Stackenarbetet.** Uppdraget omfattar inte att värdera resultatet av Stackenarbetet utan är en entydig **metodutvärdering**, som fokuserar på hur det integrerade samverkansarbetet kring rehabiliteringsfrågor genomförs...

2.2 Syfte

Det övergripande syftet med utvärderingen är alltså att **beskriva och värdera den arbetsmodell** som arbetats fram. Mer preciserade syften är att

- * beskriva och bidra till utveckling av den **rehabiliteringsmodell** som man skapar och tillämpar i projektet
- * beskriva och analysera de **arbetsprocesser** som sker i projektet
- * **stödja processen** i projektet (tillsammans med projektledare och projektgrupp) under utvärderingens gång så att både modell och projekt utvecklas
- * **identifiera hinder** för att genomföra arbetet
- * göra detta på ett sådant vis att utvärderingen ger underlag för uppdragsgivaren att **fatta beslut om nästa steg**

Som vi ser det ligger det i uppdraget **en beskrivande, en analyserande och en utvecklingsorienterad del.**

2.3 Arbetets uppläggning

I arbetet har vi genomfört i stort följande arbetssteg

- * en fas då vi har skaffat oss **grundläggande kunskap** om projektet i form av dokumentstudier och intervjuer (dec 2001 – nov 2002).
- * en fas då vi har arbetat **i processform** tillsammans med projektet för att förstå, stödja och supporta dess utveckling (maj 2002 – jan 2003)

- * en fas då vi har stannat upp och **reflekterat, analyserat, dragit slutsatser och skrivit vår rapport samt återkopplat till projektet** (juli 2002 –mars 2003)

Det ligger i sakens natur att de olika faserna i viss mån glider in i varandra.

3. EN KRONOLOGISK SKILDNING AV ARBETET

3.1 Hösten 1999 - våren 2001 - idéfas¹

Under hösten-99 diskuterade några inom läkargruppen svårigheterna med att bedöma de patienter som sökte hjälp bl.a. med önskemål om sjukskrivning ,ofta med symtom som värk och/eller trötthet, och **där man som läkare inte kunde förstå patienternas upplevelse av total arbetsförmåga**. Det handlade inte så mycket som svårigheter med den medicinska bedömningen som att man hade en känsla av att det fanns andra faktorer som påverkade patientens upplevda arbetsförmåga och som läkaren som ensam bedömare inte fick syn på. Man upplevde att man behövde hjälp av personer med annan yrkeskompetens .

En av läkarna hade under sin specialistutbildning gjort s.k. randutbildning på KS rehabiliteringsklinik där man bedömde patienterna utifrån ett helhetsperspektiv med hjälp av flera bedömare. Patienterna som kom dit hade redan varit sjukskrivna en lång tid vilket ju innebär större svårigheter att återgå i arbete - man har **ofta fastnat i en sjukroll**. Det bästa verkade vara om bedömningen kunde ske mycket tidigare och att den gjordes i primärvården dit de allra flesta patienter söker primärt. **Tidigt upptäckt och allsidig bedömning** kom att bli två nyckelord.

Januari 2000 erbjöd produktionsledningen inom SÖPO möjlighet att ansöka om medel för utvecklingsprojekt. Efter att av en av Försäkringskassans handläggare blivit tipsad om det s.k. Kugghjulsprojektet, bjöd man in Sven Rosen som informerade läkargruppen och några från Försäkringskassan om denna modell². Många tyckte att Kugghjulet verkade vara precis den arbetsmodell som man sökt efter och en av läkarna gjorde en projektansökan hos Produktionsledningen. Mars 2000 kom avslag på ansökningen med motiveringen dels att projektet var för stort och kostsamt, dels att det betraktades som hörande till Beställaren.

Så småningom (hösten 2000) började man inom primärvården diskutera möjligheten att skapa en egen ”Kugghjulsmodell” .Man hade då också fått veta att man från Beställarenheten var intresserad av detta och att man kunde tänka sig att bekosta ett projekt under förutsättning att det var ett samverkansprojekt med Försäkringskassan.

En av de blivande projektledarna tittade på bakgrundsfakta och letade efter kunskap om liknande tidigare projekt. En diskussion fördes i läkargruppen. Under våren 2001 arbetade en arbetsgrupp från vårdcentral och försäkringskassa fram ett förslag till modell som sedan diskuterades livligt och delvis förändrades under en arbetshelg på Skepparholmens konferensanläggning.

¹ Detta avsnitt baseras i första hand på ett PM från primärvårdsläkaren Eva Westerberg, en av idégivarna till Stacken på Nynäshamns vårdcentral

² Kugghjulet är ett samverkansmodell för rehabilitering där primärvårdens roll sätts i fokus. Modellen har utvecklats och tillämpats med framgång bl.a. inom primärvården i Värmland. Modellen har utvecklats av Sven Rosén, försäkringsläkare och allmänläkare

Många av tankarna i Stackenprojektet liknar den s.k. kugghjulsmodellen. En avgörande skillnad är att projektet bygger på en **än högre grad av patientdelaktighet** och att patienten är närvarande och har möjlighet att framföra sina åsikter på ärendemötet då problemet ska diskuteras, den samlade bedömningen ska sammanfattas och rehabiliteringsplanen göras upp. Patienten tar i högre grad rollen som handlande subjekt och mindre ett behandlat objekt.

3.2 Hösten 2001 - förankringsfas

Hösten 2001 föreligger alltså en projektskiss framtagen av en projektgrupp. Med denna som grund genomförs ett tvådagarsseminarium. Vid detta seminarium deltar ett tjugotal personer och man diskuterar livligt både den föreslagna modellen och de synsätt som ligger bakom. Detta seminarium följs upp bl.a. genom att modellen revideras. Man är i samband med detta seminarium mycket klar över att **en viktig framgångsfaktor i projekt kommer att vara om man kan få med läkargruppen** på det tankesätt som finns inbyggt i projektet

I praktiken ser det ut som om projektet leds av en **ledningsfunktion bestående av primärvårdschef och enhetschef på försäkringskassan** även om detta inte sägs tydligt, t.ex. i projektplanen. Denna ottydlighet i ledningsrollen kommer att prägla projektet under lång tid. Det är också dessa personer som står bakom projektansökan och i sina chefsroller säger ja till projektet. Till projektet kopplas också en referensgrupp bestående av erfarna handläggare/behandlare från försäkringskassa och primärvård.

Under hösten tas också beslut om att anlita externa utvärderare för att utvärdera metoderfarenheterna från projektet.

3.3 Våren 2002 - prototypfas

Våren 2002 inleds arbetet på allvar. Man fortsätter det dagliga förankringsarbetet och skapar administrativa rutiner såsom broschyrer om projektet liksom olika former av blanketter för ärendehantering av klienter. En enkel patientenkät tas också fram.

Arbetet inleds med de första klienterna och som så ofta med denna typ av projekt är startfasen tämligen långsam. I slutet av april hade man haft två patienter. I slutet av maj ytterligare fyra. Det skapar ett visst bekymmer i projektledningen att patienttillströmningen är tämligen låg. Detta väcker frågan om man lagt ribban rätt för vilka patienter som ska delta i projektet. Men man bestämmer sig för att ha is i magen och fortsätta vidare, men att intensifiera sina ansträngningar att förankra projektet i den remitterande läkargruppen.

Under våren genomförs också ett förankringsseminarium med bl.a. företagare där Stacken - idén möttes positivt och många nya idéer föddes. I övrigt förefaller det som om behovet av kontinuerlig information och förankring – inte minst inom primärvården med flera bolagsdoktorer – är stort och kanske underskattat. Samtidigt kan man säga att projektet i stort är både känt och accepterat som en del av vardagen. Det finns ett intresse och en nyfikenhet kring projektet

Arbetet med Stacken påverkas starkt av att det samtidigt sker en diskussion om att primärvården i Nynäshamn ska avknoppas och drivas i personalens regi. Ett sådant förberedande beslut tas också våren 2002 med innebörd att avknoppningen ska ske vid kommande årsskifte. Detta leder naturligtvis till att arbetet med Stacken får något mindre uppmärksamhet både från chefer och personal.

3.4 Hösten 2002 – reflektion och fortsatt utprovning av prototyp

Under hösten strömmar allt fler ärenden till och vid årsskiftet har i storleksordningen 15 - 20 patienter passerat genom projektet. Förankringen i läkargruppen fortsätter och går sakta men ganska säkert framåt. Läkare som haft patienter i projektet tenderar att remittera flera och gradvis förefaller projektet vinna accept. Nu blir en annan flaskhals tydlig och begränsar projektets möjlighet att ta fler patienter. Kuratorns tid räcker inte till för allt kartläggningsarbete som måste ske kring Stackenpatienter och som står i konflikt med hennes övriga uppgifter inom primärvården. Detta leder till att det väcks en diskussion om att vårdcentralen behöver ytterligare en kurator.

Projektledarna genomför också ett flertal externa informationsinsatser. Man träffar företrädare för de lokala arbetsgivarna både inom den privata och offentliga sektorn. Intresset för projektet visar sig vara överraskande stort. Man blir också inbjuden till externa konferenser på regionnivå för att prata om projektet och det positiva gensvar man får ger både en bekräftelse och energi till de som driver projektet samt har en viss statushöjande effekt på hemmaplan.

Arbetsmodellen man utvecklat, håller i stort, men man har återkommande diskussioner i referensgruppen av reflekterande och utvecklande natur. Under hösten blir det också klart att den planerade avknoppningen inte kommer att genomföras, vilket lite grand tar luften ur arbetet och då detta dessutom leder till att vårdcentralchefen slutar och ersätts av en tillförordnad chef i väntan på en mer permanent chefslösning kommer projektet ledningsmässigt än mer att hänga i luften.

3.5 Vintern 2002-2003 - reviderings- och utvecklingsfas

Under vintern och våren 2003 utvecklas den grundläggande modellen i projektet. Arbetet med att förankra arbetet inom primärvården förstärks. Ledningsgruppen arbetar aktivt tillsammans med projektledarna med att hitta en formel för att implementera projektet och dess erfarenheter.

Man diskuterar också hur den flaskhals som bl.a. kuratorstiden utgör ska kunna hanteras samt hur man ska kunna hitta resurser att driva projektet vidare efter projekttidens utgång (november 2003). Det blir också alltmer uppenbart hur de båda organisationernas ersättningsmodeller och styrsystem är direkt kontraproduktiva kring den här typen av tidskrävande och långsiktigt rehabiliteringsarbete. Man diskuterar också att ta initiativ till en myndighets- och samhällsekonomisk utvärderingen av projektets resultat.

4. EN FÖRSTA BESKRIVNING AV STACKEN MODELLEN

4.1 Bakomliggande problem

Idén kring Stackenprojektet växer fram under en period då man alltmer diskuterar, framförallt **de långa sjukskrivningarnas utveckling i samhället**. Under samma period ökar också antalet personer i samhället med **sjukbidrag och förtidspension**. Inom sjukvården (inte minst primärvården) ser man hur dessa **långa sjukfall lägger beslag på en allt större del av de allt knappare vårdresurserna**. Denna diskussion återspeglas i olika uppdrag både till sjukvården och försäkringskassan om att fokusera på de långa sjukfallen och de patienter som bär på en diffus och/eller komplex problematik som har andra än enbart de medicinska

Detta mönster återfinns också i Nynäshamn där t.ex. **genomsnittliga antalet pågående ärenden med rehabiliteringsersättning under femårsperioden ökar med mellan 60 och 70%**. Denna

utveckling leder till flera olika effekter. **Hård belastning på vård- och rehabiliteringsorganisationerna, ett högt finansiellt tryck på den offentliga sektorn, en svår arbetssituation för de som arbetar med dessa frågor samt mänskligt lidande och ekonomiska uppoffringar för de som drabbas av detta.**

Detta problem vill man tackla med Stackenprojektet. Några **intressanta särdrag** som redan från början tycks prägla projektet är

- * man vill åstadkomma tidig upptäckt av personer med komplexa problembilder. Upptäcka dem innan de kronifieras i sin sjukroll - **ett sorts "early warning system"**. Tidig upptäckt blir ett sorts nyckelbegrepp.
- * primärvården ska utgöra en bas i detta arbetet eftersom de flesta personer med multiproblematik passerar primärvården på sin väg in i vård- och rehabsystemen – **fånga problemet på rätt ställe**
- * i detta sammanhang gör man en fokusering på diffusa och/eller komplexa problem. Man vill förstå problembilden på ett djupare plan genom att krypa in under symtomen – **förstå de grundläggande orsakssambanden bakom en sjukdomsbild**
- * då man gör detta vill man ha, eller kanske måste ha en helhetsbild av patienten. Man vill fånga in sjukskrivningen i ett livssammanhang. Man vill gå bortom det medicinska perspektivet – **ett undersökande perspektiv**
- * eftersom personer med denna problembild snabbt kan falla in i en kronikerroll som sjuk är det viktigt att förhindra detta genom att det förlöper en kort tid mellan upptäckt och sammanhängande rehabiliteringsplan – **tempot som en nyckelfaktor**
- * många av de patienter som blir till föremål för rehabilitering tenderar att bli passiva och mera objekt än subjekt i rehabarbetet, vilket i sig kan motverka syftet. För att motverka detta bygger Stackenprojektet på tanken om att undvika passivisering - **delaktighet från den enskilde**

Dessa tankar är delvis nya i primärvårdsanknutet rehabiliteringssammanhang (inte minst **delaktighetsidén och det undersökande perspektivet**) och de bygger också vidare på goda erfarenheter från andra håll. En sådan byggsten är projektet "Kvinnohälsa i Älvsborg" som i hög grad bygger kring helhetssyn på sjukdomsbilden och tidiga och samordnade insatser från ett multikompetent team. En annan byggsten är det s.k. Kugghjulprojektet från Värmland som starkt och framgångsrikt fokuserat på primärvårdens centrala roll då det gäller tidig upptäck och insats mot den diffusa och komplexa problematiken

4.2 Målgrupp

Av projektplanen för Stacken framgår klart och tydligt att den **målgrupp** man fokuserar mot är den som man i många sammanhang brukar kallar **personer med en multiproblematik**. Så här säger man i sin projektbeskrivning om målgruppen

"De individer som vi definierar som svårbedömda har en sammansatt problematik med diffusa symtom. Det är svårt att ställa en tydlig diagnos med en tydlig behandling. Diagnoserna har förändrats och det är inte lika ofta fysiska sjukdomar. Många gånger handlar det om hela livssituationen. Det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet samspelar med varandra och

gör det svårt att rätt bedöma patientens vård och rehabilitering. Läkaren har en ensam roll i att bedöma dessa patienter och patienten kanske inte alltid är klar med var det ”onda” sitter³.

Det man säger om målgruppen är alltså

- * de är **svårbedömda** och passar inte alltid in i traditionella och entydiga sjukdomsbilder och/eller diagnoser
- * detta kan bero på att de bär med sig en **sammansatt /komplex och/eller diffus problembild** där symptom och underliggande orsaker på ett komplext vis är invävda i varandra
- * för att förstå detta och hitta fungerande rehabinsatser **är läkarens perspektiv ej tillräckligt** och det krävs ett synsätt **bortom det strikt somatiska**
- * för dessa patienter saknas det idag inte bara en sammanvävd bild av deras problem. Det saknas också **en sammanhängande kedja för själva rehabiliteringsprocessen**

Man är också klar över att målgruppens svårbedömda problem leder till långa och många gånger osammanhängande bedömnings- och rehabiliteringsförlopp beroende på att man får fel insats, att insatserna kommer i fel ordning eller att olika insatser rent av motverkar varandra⁴. Detta kan leda till både sämre resultat och minskat förtroende från den enskildes sida mot rehabsystemet samt stora och onödiga kostnader för samhället.

Intressant är att i projektplanen sägs inte uttryckligen att det är just denna grupp man ska tackla eller prioritera. Men i det praktiska konkreta arbetet är det i varje fall i inledningsskedet mycket klart att man ska fokusera dels på personer som står nära (mycket nära?) arbetsmarknaden och dels personer som är ”nya sjukskrivningsärenden”. Man gör heller inga klara avgränsningar av målgruppen t.ex. inget pågående missbruk, ska ha arbetsgivare eller ska kunna prata svenska utan tolk.

4.3 Syfte

Syftet med Stackenprojektet formuleras så här i projektplanen

”Att patienter med svårbedömda diagnoser ska få snabbare bedömningar och adekvat rehabilitering. Att förhindra och förkorta sjukskrivningarna så att denna grupp kan behålla eller återfå arbetsförmågan. Hitta en hållbar modell för fungerande samverkan där individen är aktivt deltagande”⁵.

Av denna syftesformulering framgår några olika saker. För det första att en **allsidig bedömning eller kartläggning** av individens problem är centralt. För det andra att **tempofrågan är viktig**. Man vill undvika att patienterna kronifieras eller glider in i sjukrollen. För det tredje att arbetet med att ta fram och utveckla **en arbetsmodell** för rehabilitering har ett egenvärde i sig. För det fjärde att **individens aktiva roll är central** i processen.

Man bryter också ner detta övergripande syfte till konkreta mål på kort och lång sikt

³ Projektbeskrivning Stacken, jan 2002, sid 5

⁴ dessa olika felkällor belyses bl.a. i den offentliga utredningen ”Egon Jönsson”,

⁵ Projektbeskrivning Stacken, jan 2002, sid 6

”Kortsiktiga mål;snabbare bedömningar och handläggningstider för denna grupp patienter.

Långsiktiga mål; ...minska och förebygga sjukskrivningar. Besparingar för sjukvård och försäkringskassa”⁶

4.4 Arbetsformer och metodik

Man har i projektplanen en mycket klar och tydlig bild av hur man vill arbeta (en arbetsgång som dessutom i det inledande förankringsarbetet har diskuterats och modifierats). Modellen omfattar ett antal distinkta och genomarbetade steg (alla beskrivna på ett tydligt vis i form av ett flödesschema i projektplanen) såsom

- * identifiering av patienter i målgruppen vilket sker antingen via läkare eller sköterska
- * remittering som sker genom ett första läkarbesök vid vilket läkaren fastställer om patienten har en ”förmodad komplex problematik”⁷
- * en modell för kartläggning, vilken ska ske ”helst inom 4 veckor, men dock senast inom 8 veckor”
- * ett gemensamt ärendemöte mellan olika aktörer och patienten där man pratar genom problematiken och diskuterar vad som ska göras
- * en modell för handlingsplan som fastställs vid ärendemötet
- * metod för genomförande och uppföljning

De olika stegen är förankrade och det finns konkreta instrument såsom pärmar, blanketter etc. Vid en första anblick förefaller också arbetsformer och metodik i projektet vara genomtänkta, medvetna och ett uttryck för ”best practice” inom rehabiliteringssamverkansfältet.

4.5 Värderingar

Det finns både formulerade och mer underförstådda antaganden i projektbeskrivningen som ger en bild av vilka synsätt, förhållningssätt och värderingar som finns inbyggda i projektet. Nedan har vi identifierat några sådana synsätt

- * **helhetssyn är bra och kräver många olika kompetenser.** I detta ligger inbyggt att vissa av de problem patienter i målgruppen söker lindring för inom sjukvården i grunden kan ha helt andra orsaker än medicinska. Men samtidigt pekar det på vikten av att man med helhetssyn menar samma sak i en projektgrupp.
- * **delaktighet och bemötande en viktig förutsättning för att lyckas i rehabiliteringsprocessen** – ianspråktagande av den enskildes kompetens och kunskap i rehabiliteringsprocessen. Man vill förvandla den enskilde individen mer till handlande subjekt

⁶ Projektbeskrivning Stacken, jan 2002, sid 6

⁷ projektbeskrivning Stacken, flödesschema

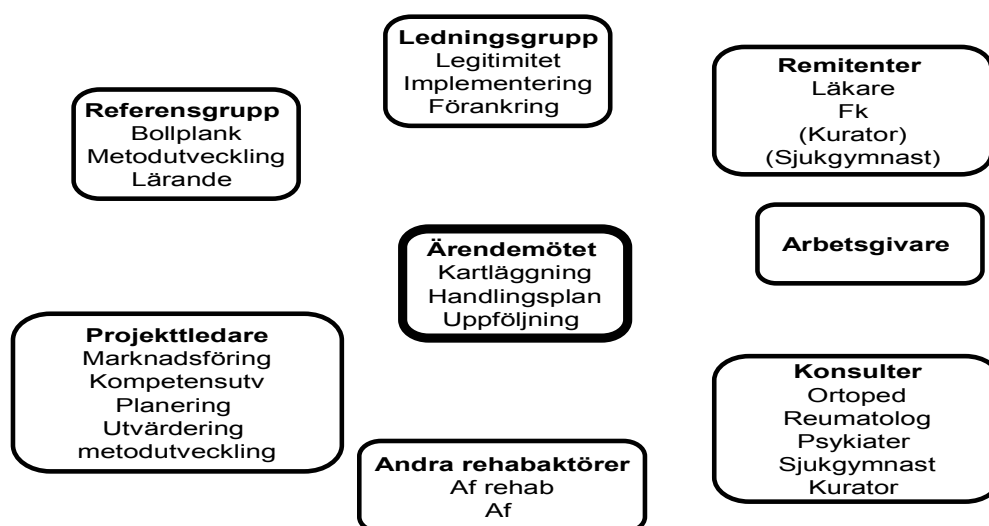
och mindre till behandlat objekt. Detta sätter fokus på vilken rehabiliteringssyn som finns inbyggd i projektet

- * vikten av **ett öppet synsätt på problem** (gå bortom det medicinska och symptomatiska) – flera olika perspektiv och söka underliggande orsaker. – **det undersökande perspektivet**. Samtidigt är ett undersökande perspektiv dels tidskrävande och dels innebär att man delvis får uppge sin egen expertroll som behandlare vilket ibland kan upplevas som smärtsamt
- * Det undersökande perspektivet innebär att söka efter andra orsaker än de medicinska. **Ett kognitivt förhållningssätt i mötet med individen** ger bättre förutsättningar till att förstå den andre bättre. Metoden ger möjlighet att fråga om patientens tankar känslor och handlingar. Det ger möjlighet att ringa in vad patienten upplever var problemen ligger. Att sedan få tag på rätt hjälp för att få bra bedömning är nästa steg innan rehabilitering kan planeras. Men det kognitiva förhållningssättet förutsätter inte bara ett genomtänkt synsätt. Det förutsätter också en konkret metodik för att i rehabiliteringsarbetet omsätta synsättet i handling.

4.6 Styrning och ledning

4.6.1 Intressentkartan i stort

Kärnan i Stacken-modellen skulle kunna sägas vara ärendemötet, vilket framgår av figuren nedan. Vid detta möte, som föregås av att klienten besöker olika specialister (såsom kurator, läkare, sjukgymnast, rehabhandläggare på försäkringskassan etc.) diskuterar man tillsammans med klienten utifrån den helhetssyn som man skapat sig vilka problem som finns, hur de hänger samman (kartläggningsdelen)⁸ och framförallt hur dessa problem ska tacklas och i vilken ordning (handlingsplansdelen). Den handlingsplan man diskuterat sig fram till följs sedan upp vid ett antal uppföljningsträffar. Vid ärendemötet medverkar de personer och kompetenser som behövs för just den aktuella patienten.



⁸ vår bild är att man i denna kartläggning inte endast försöker få en bild av de olika symtom klienten har utan främst förstå de underliggande samt ofta komplexa och sammanhängande orsakerna bakom de mer synliga yttringarna

Men för att ärendemötet ska fungera, förutsätter detta att de olika kringaktörerna som finns i figuren tar ansvar för sina frågor och sina roller i processen. Detta diskuteras nedan.

4.6.2 Yttre intressenter

Kring projektet finns flera olika intressentgrupper. Dels de **arbetsgivare** som normalt sett har patienten som anställd antingen på olika företag på orten (stora och små) och dels offentliga arbetsgivare; kommun & landsting. Men vi har också alla de olika aktörer som har en roll i det rehabiliteringsarbete som sker kring klienten t.ex. **företagshälsovården och arbetsförmedlingen rehabilitering**.

För att lyckas i en process av detta slag är det ofta avgörande att man etablerar kontakt och relationer med alla dessa olika aktörer som på olika sätt kan ha en stödjande roll i processen.

Under våren 2002 har ett antal olika saker gjorts i detta avseende. Man har haft kontakter av informell natur med kommunens personalchef – i rollen som stor arbetsgivare. Man har också haft **medverkan från arbetsgivarna vid de flesta ärendemötena**, vilket har fungerat bra och dessutom i många fall uppskattas av patienterna⁹.

En person i referensgruppen (Försäkringskassans representant) träffar dessutom regelbundet arbetsförmedlingen rehabilitering (1 gång/månad) för att ”ta upp ärenden” av Stacken natur.

I projektgruppen förefaller man vara väl medveten om att de yttre kontaktytorna borde aktiveras ännu mer, men som så ofta är detta en tids- och resursfråga. Man hinner helt enkelt inte.

4.6.3 Ledning

Av projektplan framgår inte hur ledningsförhållandena för projekt ser ut, ej heller vem som äger projektet idag och vem som har att **ärva projektets erfarenheter och slutsatser i framtiden samt vem äger implementeringsansvaret**. Detta är en fråga man bör ta tag i på allvar senast under vintern 2002/03¹⁰.

Projektet förefaller ha en ”informell” ledningsfunktion i form av enhetschefen för försäkringskassan samt vårdcentralschefen. Denna ledning har i huvudsak varit aktiv då projektarbetet inletts. Man har också varit mandatgivare till projektledningen och givit projektet dess legitimitet på hemmaplan i respektive organisation.

Men under projektet uppstart- och prototypfas får man nog säga att ledningsgruppen har legat så lågt att dess stödjande och ledande roll inte varit särskilt framträdande. **Detta har haft vissa negativa konsekvenser** för hur legitimt och angeläget man uppfattar detta arbete i relation till alla andra arbeten i respektive organisation. En förklaring kan vara att andra arbetsuppgifter varit mer angelägna på hemmaplan. På försäkringskassan sker en stor omorganisation rum samtidigt som arbetsbelastningen

⁹ man ska dock notera att alla patienter inledningsvis inte uppfattat detta som positivt. Det har hänt att man uppfattat sig själv som blottad, naken och utsatt inför arbetsgivaren kring frågor som man kanske ansett tillhör den privata sfären (patientintervjuer)

¹⁰ i praktiken har det blivit tydligt under vintern 2002/03 att till följd av chefsituationen på vårdcentralen är det enhetschefen på försäkringskassan som kommit att äga implementeringsfrågan

har ökat markant. Inom primärvården har under samma tid det huvudsakliga ledningsarbetet koncentrerats på att hantera en personaldriven avknoppning av vårdcentralen.

Trots detta tror vi att en viktig framgångsfaktor för att lyckas i Stacken-arbetet både på kort och lång sikt är att ledningsgruppen tar en tydligare och mer drivande roll

4.6.4 Referensgrupp

Kring projektet finns en referensgrupp bestående av utvalda personer med erfarenhet från detta område på försäkringskassa och inom primärvården. Gruppen träffas regelbundet, har ett öppet och tillåtande klimat och arbetar konkret med tankar och idéer kring projektet. Man diskuterar allt från metodfrågor och organisationsfrågor till rena klient- och ärendefrågor.

I grund och botten är beteckningen referensgrupp något missledande eftersom gruppen har en mycket mera aktiv och drivande roll i det reflekterande, lärande och metodutvecklande arbetet. Om man skulle vara mer korrekt kanske man skulle kalla detta **projektets utvecklingsgrupp**.

4.6.5 Projektets inre ledning

Projektet **leds internt av två projektledare** (en läkare och en folkhälsoplanerare) som delar på projektledarskapet och båda arbetar inom primärvården. Intrycket är att detta delade ledarskap både är bra och fungerar effektivt. Det skapar **en viss osårbarhet** och ger en viss garanti för kontinuitet t.ex. om en av projektledarna skulle erhålla ett nytt jobb. Det förefaller också vara en fördel att de har delvis olika roller i vardagen – det ger projektet **bredd och allsidighet**.

Den ena projektledaren (läkaren) har 4 timmar/vecka avsatt för projektarbete men har på grund av högt patienttryck ej utnyttjat denna tid. En av hennes roller/arbetsuppgifter är att hålla kontakterna med läkargruppen. Den andra projektledaren (folkhälsoplaneraren) har 8 timmar/vecka avsatt för projektledararbetet. Hon har bl.a. ansvar för yttre kontakter, dokumentation och olika former av utskick m.m.

Rent allmänt sett är vår reflektion kring ledningsarbetet att det **kanske är för lite tid i förhållande till alla de arbetsuppgifter en så här komplex process innebär** och att **projektledarna hunnit med anmärkningsvärt mycket** mot bakgrund av den tid de haft till ditt förfogande.

4.7 Arbetet i projektet

4.7.1 Remitteringsprocessen

Remitteringen till Stacken sker genom att (i första hand) **behandlande läkare gör en bedömning att en patient har någon form av diffus eller multifaktoriell problematik**. Med detta som grund fyller man i en särskild blankett. Därefter vidtar **en kartläggningsprocess** som innebär att patienten kan få träffa t.ex. kurator, sjukgymnast, läkare ytterligare en eller flera gånger samt i särskilda fall medicinsk konsult (t.ex. ortoped, psykiater eller reumatolog). Patienten har i regel också kontakt med samordnande handläggare på försäkringskassan.

Inledningsvis har det varit svårt att få detta remitteringsflöde att fungera. Det har funnits en viss tröghet i läkargruppen som har gjort att man under en period funderat över om man lagt ribban för att patienter ska tas in i projekt alldeles för högt. Detta har i sin tur lett till att man börjat diskutera om målgruppen på något sätt ska förändras eller vidgas. Man har också funderat över om remitteringsprocessen av läkarna har uppfattats som för bevärlig, eller vilka andra förklaringsfaktorer som ligger bakom remitteringströgheten t.ex. brist på kunskap om eller legitimitet för projektet. Det har också diskuterats om en av de avgörande svårigheterna med de ”diffusa patienterna” är att de är just diffusa i och därmed svårupptäckta i inledningsskedet. En sak torde dock vara klar; det finns tämligen många patienter som uppfyller de kriterier som är uppställda. Så faktisk ”patientbrist” kan knappast vara den egentliga orsaken.

Efter hand som tiden har gått har dock remitteringarna ökat i antal och det tycks vara så att läkare som börjat remittera patienter till Stacken, ser att dessa får hjälp och att därmed själva blir avlastade, och som en följd av detta ökar deras benägenhet att remittera fler. Under vintern 2002/03 tycks detta problem vara på väg att lösas och legitimiteten för projektet växer.

4.7.2 Ärendemötet

Ärendemötet utgör en av de unika delarna av Stackenarbete. Vid detta medverkar vissa av de aktörer som deltagit i kartläggningsprocessen samt patienten samt i de allra flesta fall också patientens arbetsgivare. Mötets längd är cirka 1 timme. Normalt sett har läkaren haft ett förberedande möte med patienten. Under mötet, som leds av samordnande handläggare på försäkringskassan, ges stort utrymme för patienten (samt om denne har med någon form av personligt stöd) att beskriva och berätta om sin bild.

Därefter vidtar **en diskussion mellan alla berörda om hur problemet ser ut** och framförallt vilka lösningar man kan se. Sådana lösningar kan handla om en kombination av medicinska, försörjningsmässiga, kurativa, arbetstränande insatser. Dessa lösningar **sammanfattas i någon form av handlingsplan** som därefter genomförs och att man vid ett antal följande uppföljningsträffar utvärderar om de givit önskad effekt.

Dessa ärendemöten tycks fungera anmärkningsvärt bra säger i stort sett alla inblandande. De leds på ett lågmält, men strukturerat och empatiskt vis. De olika professionernas intressen och ståndpunkterna lyfts fram och leder till att patientens problem belyses på ett allsidigt vis utan att detta uppfattas som motstridiga eller konkurrerande ståndpunkter. Patienterna upplever också att de får rikligt med utrymme, deras röst hörd och de upplever sig bemötta med respekt. Arbetsgivarna tycks också i de allra flesta fall vara beredda att medverka och förefaller också benägna att mer aktivt än vanligt delta i rehabiliteringsprocessen.

4.8 Patienternas roll och bild

4.8.1 Något om patienten

Den typiska patienten i Stacken är **en person som har en kombination av symtom som inte är entydigt medicinska utan även omfattar det som brukar kallas psykosociala eller socialmedicinska problem**. Det kan handla om en pressad familjesituation, en tuff situation på arbetsplatsen, någon livskris som har inträffat, nedstämdhet ekonomiska problem etc. Dessa symtom kan uppträda tillsammans med t.ex. diffus värk, smärtor, energilöshet eller liknande

Denna typ av patienter upplever vanligtvis att **deras problem inte tas på allvar och/eller att deras sjukdomsbild ifrågasätts**. Många gånger kan det vara så att behandlande läkare inte ser hela kartan eller på grund av t.ex. en pressad arbetssituation sätter in farmakologisk behandling t.ex. smärtstillande eller antidepressiv medicin.

Den traditionella behandlingen av dessa patienter leder tämligen snart till att de kronifieras i sin sjukroll och efter ett tag kommer att "snurra" runt i vårdsystemet med höga kostnader för samhället och låg livskvalitet för den enskilde som följd. Poängen med Stacken är att tidigt upptäcka dem och att få en bild av hela deras situation för att därefter sätta in den kombination av medicinska, kurativa, arbetsförberedande och försörjningsmässiga insatser som på effektivast möjliga vis tacklar både de mer uppenbara manifesta problemen och de bakomliggande orsakerna. En av handläggarna i projektet har konkretiserat bilden av den "typiske patienten" med följande fallbeskrivning;

Mail inkom från sjukskrivande läkare 02-11-04 till mig som anmäler ärendet till Stacken. Läkaren ger även förslag på mötesdag tillsammans med den sjukskrivne (df = den försäkrade), kurator, läkare arbetsledare och fk. Uppger att det i detta fall kan utöver kontakten med kurator och sjukgymnast även bli aktuellt med ortopedkonsult.

Någon sjukanmälan finns vid detta fall ej registrerad hos försäkringskassan då det ej gått 14 dagar efter att df sjukanmält sig hos arbetsgivaren då sjukanmälningsdatumet är den 23/10. (arbetsgivaren står för de första 14 dagarna).

Den 5/11 togs ärendet upp vid referensgruppens möte som nyanmält varvid framkom att df varit hos kurator och sjukgymnast som bägge var med på mötet. Någon ortopedkonsult ansågs ej behövas efter sjukgymnastens träff med df. Samtal med sjukskrivande läkare 6/11 varvid Stackenmöte bestämdes till den 13/11.

Samtal med df samma dag som meddelades tid och plats och info om Stacken. Diskuterade även vem som borde vara med från arbetsgivaren. Df fick i uppdrag att meddela sin arbetsledare om mötet och tid och plats. Om det blev problem för df informerades hon om att hon skulle återkomma för att handläggaren då skulle upplysa arbetsledaren om syftet med mötet.

Träff den 13/11 inom primärvården med df, arbetsledare, läkare, kurator och fks handläggare. Vid träffen gick läkaren igenom tillsammans med df besvären och förklarade bra för df och arbetsledare hinder och möjligheter på arbetsplatsen med tanke på besvären.

Följande planering gjordes upp. Df påbörjar arbetsträning med rehabersättning den 18/11. Fortsätter vattengymnastik 2 ggr i veckan.

Viktigt även att veta är att vi vid dessa träffar förklarar ordentligt för df och arbetsledare de olika förslagen t.ex. vad är arbetsträning och hur går det till. Läkaren tydliggör även besvären och hinder och möjligheter.

Uppföljningsmöte bestäms och vem som är ansvarig för de olika åtgärderna.

Några saker framgår av beskrivningen och som är viktiga att lyfta fram

- * kort tid från första kontakt till handlingsplan; 9 dagar
- * stor vikt vid att förstå det verkliga problemet (kartläggning) – många aktörer involverade
- * försörjningsfrågan för klienten löses samtidigt som man planerar de rehabiliterande insatserna
- * arbetsgivarens medverkan

4.8.2 Patientens upplevelse

Ett **unik** inslag i detta projekt är att man betonar starkt vikten inte bara av en helhetssyn med patienten utan också att **patienten både sitter på stor kunskap om sina egna problem och ska aktiveras i hela processen**. En negativ erfarenhet från denna typ av projekt är annars att patienter kan uppleva sig vara klämda mellan olika sköldar då man belyser deras problem från många olika håll. Det man som **rehabiliteringspersonal uppfattar som helhetssyn kan av patienten uppfattas som en kontrollerande och totalitär struktur**.

Därför har vi gjort en mycket enkel enkät där vi bitt patienter som strömmat genom projektet svara på ett antal frågor. De har på en femgradig skala gående från mycket dåligt/inte alls (1) till mycket bra/mycket väl (5). Som framgår av sammanställningen nedan är patienterna mycket nöjda med det stöd man erhållit

1. I vilken utsträckning har du fått hjälp att förstå det problem som ligger bakom din sjukskrivning; **Medelvärde 4.0**
2. Det är flera olika personer inblandade i rehabiliteringsprocessen. Tycker du att detta är bra; **Medelvärde 4,6**
3. Det är flera olika personer inblandade i rehabiliteringsprocessen. Tycker du att de har ett likartat sätt att se på dig och ditt problem; **Medelvärde; 4,0**
4. Tycker du man tagit tillvara dina kunskaper, synpunkter och erfarenheter. **Medelvärde; 4.4**
5. Känner du dig respekterad och väl bemött i detta arbete; **Medelvärde; 4.6**
6. Tycker du att du fått hjälp att lösa det problem som ligger bakom din sjukskrivning; **Medelvärde; 4.0**

Man känner sig i en utsträckning som inte är särskilt vanlig ha blivit respekterad (4.6) att de egna kunskaperna tagits väl tillvara och man tycker sig ha fått förståelse för sitt problem (4.0) samt hjälp med att lösa det (4.0). Så här säger en patient;

”Skönt att bli ”trodd” och inte negligerad, speciellt då det är svårt att berätta hur det verkligen känns. Jag kände mig väl omhändertagen. När man mår dåligt är det svårt att se lösningar och möjligheter på sin situation. Då är det bra att andra kan leda och hjälpa en rätt. Man behöver mycket ”pep-talk”¹¹

Överraskande nog tycker man också att de olika aktörerna, trots deras olika uppdrag och professioner har **ett ganska likartat sätt att se på patienten** (4.0). Man skulle ju annars kunna tro att olika professioner har olika tolkningar kring och drar åt olika håll hos patienten och att denne upplever det som negativt. I stället tycks flertalet patienter uppskatta just detta att få olika perspektiv belysta på sitt problem. En patient (som svarat 5.0 på alla sex frågorna utom den som gäller lika synsätt, där svaret är 4.0) säger så här

¹¹ patientenkät nr 11

”Du ser mig på ett vis. Ewa, Caroline och Mats på ett annat sätt på uppföljningsmötena...för mig har detta projekt varit mycket bra. Jag har verkligen fått den hjälp jag behöver och det är att tro på mig själv...”¹²

Det finns dock en motbild till den mycket positiva bild enkäterna ger. Vid ett antal uppföljande intervjuer med klienter som genomgått Stackenprojektet (och som samtliga var nöjda med resultatet) lyfte man fram följande saker

- * man tyckte att **ärendemötet inledningsvis kändes överväldigande**. Man var inte beredd på den uppmärksamhet man skulle utsättas för och kunde känna sig utsatt och naken
- * man var **inte odelat positiv till att arbetsgivaren skulle vara närvarande** kring allt det som diskuterades. Man nämnde i något fall att saker togs upp som låg för långt från arbetslivet och för nära den privata sfären, vilket ledde till att man kände sig naken och värnlös
- * man var i något fall **oförberedd på mötets karaktär** och den aktiva roll man förväntades spela. Man hade i efterhand önskat att få mer information om vad som skulle komma

Detta är en bild vi mött i andra samverkanssituationer. Klientens mer eller mindre uttalade känsla av utsatthet och att uppleva sig vara i en rättegångsliknande situation” Ur vårt perspektiv är det viktigt att lyfta fram detta som i första hand ett pedagogiskt problem. Att **få behandlande personal att förstå utsattheten och att arbeta mer för att förbereda, informera och stödja klienten** inför och under ärendemötet. Det är ingen dum modell att vid denna typ av möten ha med sig **en stödperson** av något slag (kamrat, partner etc.).

4.9 Andra bieffekter av projektet

Det förefaller otvetydigt vara så att de patienter som remitterats och behandlats i projektet upplevt framgång. Denna framgång kan handla både om att arbetsförmågan ökat, försörjningsbehovet från samhället minskat och att vårdkonsumtionen för dessa individer har fallit.

I så mån har projektet lett till ökad samverkan mellan aktörerna. Men i stort sett samtliga personer vi tillfrågat säger också att projektet har lett till ett antal andra spridningseffekter av positiv natur som lett till att samverkan mellan primärvården och försäkringskassan underlättats. Man säger saker som

- * jag har fått ett namn och ett ansikte på andra sidan. Det blir därför lättare att ta kontakt
- * det har blivit allt lättare att ringa om ett patientärende och få hjälp
- * jag förstår bättre deras arbetsvillkor och spelregler, vilket gör att jag inte behöver bli så irriterad när det inte blir som jag vill
- * äntligen förstår jag hur dom tänker

Man skulle kunna säga att ett antal icke avsedda men viktiga och positiva bieffekter uppstått som en följd av Stackenprojektet och som på sikt kanske kommer att utgöra projektets viktigaste, men mycket svårsmatta bidrag, till att samverkan mellan parterna ska fungera. Enklare vardagsamverkan, fler vardagskontakter och en ökad förståelse för arbetssituation och synsättsfrågor

¹² patientenkät nr 4

4.10 En sammanfattning

Om man skulle sammanfatta beskrivningen av Stackenprojektet i punktform skulle man kunna göra det så här

- * projektet förefaller ha **en klok och rimlig ansats**. Man ligger i metod och synsätt **mycket nära kunskapsfronten** inom detta område
- * **metodiken är väl genomarbetad och förankrad** innan start
- * det unika med projektet vid sidan att primärvården har en så central roll är **delaktighetsperspektivet och det undersökande förhållningssättet** i ett primärvårdsanknutet rehabiliteringsarbete

Man brottas också, framförallt i inledningsskedet med flera av de problem man ofta stöter på i denna typ av arbete

- * hur få rekrytering av klienter till projektet – dvs. hur ska **remitteringsprocessen** se ut och **vilka kriterier** ska vara uppfyllda för att en klient ska få delta i projektet
- * hur få en aktiv **ledning som banar väg för projektet i moderorganisationerna**
- * hur ge projektet **tillräckligt med uppmärksamhet** i förhållande till alla andra viktiga aktiviteter som sker i moderorganisationerna
- * hur hantera **den inre förankringen** för att uppnå legitimitet i arbetet och hur hantera **den yttre förankringen med tänkbara partners** av olika slag
- * vad kommer att ske efter projektiden, dvs. **hur ser ledningsgruppen på sin roll som blivande implementatörer av projekts resultat**

Sammanfattningsvis är detta ett projekt som enligt de erfarenheter som finns **har goda förutsättningar att lyckas. I det inre arbetet skulle man kanske drista sig att säga att det är ett mönsterprojekt eller skolboksprojekt.**

5. ANALYS

I detta kapitel analyserar vi verksamheten vid Stacken med utgångspunkt i några mer generella modeller för rehabiliteringssamverkan vi mött¹³.

¹³ se vidare Eva Britt Larsson, - en person med psykosociala arbetshinder, Sara Söderberg, kvinnan som bar själen på sin rygg, Christian & Helge – en rapport om personliga ombud, Ingen dans på rosor – en rapport om Krutprojektet i Södertälje, Ingen dans på rosor – en rapport om Startpunkten i Örnsköldsvik, samtliga Lundmark, Nilsson & Wadeskog

5.1 Ett rehabiliterande förhållningssätt

5.1.1 Ett försök att definiera begreppet rehabilitering

Stackenprojektet arbetar med att rehabilitera patienter med en viss typ av multifaktoriell problematik. Det blir då utomordentligt intressant att titta på projektet genom att se vilken typ av rehabiliterande förhållningssätt man har och vad man menar med och hur man tolkar begreppet rehabilitering. Detta gör vi i några olika steg. Låt oss börja med ett försök att definiera begreppet rehabilitering;

”Rehabilitering innebär att en person återtar en tidigare förlorad psykisk eller fysisk förmåga”

Denna definition lyfter fram några olika saker. För det första innebär verbet **”återta” en aktiv handling** från den enskildes sida. Det är inte något man får, något som andra ger, utan något som man erövrar själv. **Individen blir subjektet.**

För det andra innebär detta att man **återtar något som är förlorat**, dvs. man har varit utsatt för en händelse eller process där detta ”något” förlorats. Detta innebär att i begreppet ligger dolt att återupptäcka eller återskapa det som redan finns som en färdighet, förmåga eller i varje fall som ett minne av detta.

För det tredje leder definitionen till tanken att det man förlorat kan återfinnas **inom ett brett spektra av olika livsområden** allt från den konkreta förmågan att gå, minska sin övervikt, återhämta sig efter en stroke-attack, leva ett nyktert liv till olika former av diffusa psykiska förluster. Det är inte begränsat t.ex. till strikt medicinska faktorer.

Av detta följer också omedelbart en relativt tydlig slutsats; **ingen människa kan någonsin rehabilitera någon annan.** Det omvärlden kan göra är att stödja, motivera, uppmuntra, skapa förutsättningar tillföra kunskap, hjälpmedel och metoder. Men jobbet, **rehabiliteringsarbetet, måste alltid utföras av den enskilde själv.**

5.1.2 Vad är ett rehabiliterande förhållningssätt

Låt oss härefter försöka sätta ord på vad man kan mena med ett rehabiliterande förhållningssätt;

”Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att de professionella bidrar till att skapa förutsättningar för den enskilde att genomlöpa en bra rehabiliterande process”

Man skulle kunna säga att de professionellas roll är att genom en klok **pedagogisk process** tillföra sådant **stöd, kunskap och motivation** att den enskilde förstår att han själv måste **fatta ett beslut och välja att genomgå en rehabiliteringsprocess** och omvandla detta beslut i **aktiva handlingar** för att **uppnå de mål** han vill uppnå i denna process

Om man mer preciserat ska försöka beskriva vad ett rehabiliterande förhållningssätt innebär kan man göra detta genom att lägga fokus på **den enskilde, själva rehabiliteringsprocessen eller de professionellas roll**

5.1.3 Hur ser individens roll ut?

Ur den enskildes perspektiv blir då några saker mycket tydliga

- * den första och allra viktigaste är att **individens måste själv vara aktiv och själv göra jobbet**. Detta innebär att man går från rollen som vårdobjekt till rehabiliteringssubjekt. Man sitter själv vid spakarna så att säga. Denna grundsyn stämmer väl med t.ex. **självtrösta**, eller **teorin om empowerment**. Men det överensstämmer också med det som brukar kallas ett **kognitivt förhållningssätt** som bl.a. bygger på att den enskildes kunskap och kompetens utgör en viktig kärna i rehabiliteringsprocessen. Detta perspektiv förutsätter en **omkodning av de normsystem** som normalt härskar i en behandlande organisation som t.ex. sjukvården eller socialtjänsten.
- * men detta i sin tur bygger på föreställningen att **individens är en aktivt väljande varelse**. Det rehabiliterande förhållningssättet förvandlar individen från ett objekt och offer till att vara den som väljer. Detta brukar vi kallas ett **existentialistiskt synsätt på människan**. De professionellas roll blir då att för den enskilde ge kunskap om och peka på **vilka alternativ** han har att välja mellan.
- * grunden för att detta ska lyckas är **individens egen vilja till rehabilitering**. Det är den som är den centrala drivkraften i rehabiliteringsprocessen. Av detta följer att **motivationsarbetet** är en avgörande insats från omgivningen för att stödja den enskilde i denna process. Detta kan i första hand ses som ett **pedagogiskt uppdrag** för de olika aktörer som omger klienten

5.1.4 Vad är rehabiliteringsprocessens fokus?

- * en följd av detta är att man i rehabiliteringsarbete **fokuserar på det friska hos individen** och stödjer tillväxten och utvecklingen av detta. Man lägger uppmärksamheten på vad man kan och vad som är möjligt, inte de hinder som finns.
- * därmed dämpar man fokus på det sjuka och olika tillkortakommanden. Man bortser i viss mån från historien och dess misslyckanden. **Framtiden utgör rehabiliteringsprocessens tidsmässiga fokus**. Man skulle kunna säga att man i rehabiliteringsprocessen har ett utpräglat **investeringsperspektiv**, dvs. insatser och kostnader som uppstår på kort sikt förväntas ge intäkter och resultat på lång sikt. Uppoffringarna kommer före vinsterna.
- * som en följd av detta blir **diagnoser** inte i första hand ett instrument för att klassificera och sortera människor utan **ett instrument för att förstå orsaker** bakom de synliga symtomen och ett hjälpmedel för att hitta lösningar på konkreta problem. Man lägger fokus på **hur man praktiskt och konkret ska lösa olika problem man ställs inför**
- * detta leder till att man i rehabiliteringsprocessen går under eller snarare bortom symptombilden och **söker de egentliga orsakerna bakom**, man söker så att säga ta reda på varför Jeppe super. Problemet med övervikten är kanske inte att man äter för mycket utan orsakerna bakom, den ångest man kanske försöker dämpa med hjälp av ätandet. Genom att göra detta **spränger man ofta de egna professionella gränserna** och går utanför t.ex. det medicinska, sociala, socialpsykiatriska eller arbetsmarknadspolitiska perspektivet. Man skulle kunna säga att man intar **ett reflekterande och undersökande perspektiv**.
- * av detta följer att rehabiliteringsprocessen med nödvändighet måste utgå från **en helhetssyn på individen**; kropp och själ, sjukdom och arbete, privatliv och yrkesliv. Allt är en sammansatt helhet som både påverkar sjukdomsförlopp och rehabiliteringsarbetet. Helhetssyn eller holism är emellertid knepiga begrepp. Om man ska få med allt, tenderar det hela att bli stort och oöverstigligt. Vid överviktsbehandling kan det handla om att involvera t.ex. kurator, läkare, diabetessköterska, sömnexpert, ortoped, kirurg, ortopedtekniker, psykiater,

rehabiliteringshandläggare, företagshälsan, arbetsförmedling m.m. En praktisk definition av **helhetssyn är att alla för rehabiliteringsprocessen relevanta perspektiv ska beaktas**

5.1.5 Vilken är de professionellas roll?

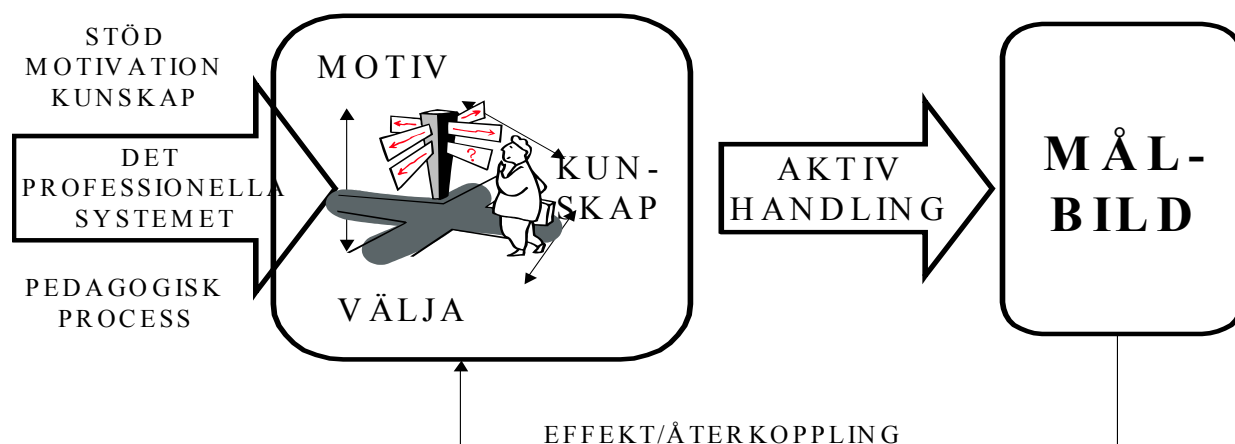
- * de professionellas roll blir då att med ett rehabiliterande perspektiv **skapa struktur, förutsättningar, ge redskap och uppmuntra** till rehabiliteringsprocessen men aldrig ta över densamma. En god känsla för att veta när det är dags att uppmuntra, dags att träda tillbaka, dags att pusha på är en sorts kärnkompetens i ett rehabiliterande förhållningssätt
- * att motivera, peka på alternativ, se olika lösningar samt att tillföra konkreta metoder och hjälpmedel blir centrala färdigheter bakom det rehabiliterande förhållningssättet. Detta förutsätter vid sidan av den konkreta rehabiliteringskunskapen också både **ett genomtänkt pedagogiskt synsätt och en klok och effektiv pedagogisk metod.**
- * för att kunna göra detta måste man ha ett **interdisciplinärt synsätt på den enskilde och hennes situation.** Man måste tänka bortom det sociala, psykiatriska eller medicinska perspektivet– begreppet helhetssyn blir centralt i det rehabiliterande arbetet även utifrån ett professionellt perspektiv
- * men man måste utgå från **ett reflekterande och undersökande perspektiv.** Man måste utgå från att klienten själv är den viktigaste kunskapskällan i rehabiliteringsprocessen och att de professionellas roll är att synliggöra och frigöra denna kunskap. Det goda samtalet är ett hjälpmedel i denna process- Ett kognitivt förhållningssätt sannolikt underlättande

5.1.6 En tänkbar modell

Om man i modellform skulle sammanfatta ovanstående kan man se följande. Rehabilitering utgör en **aktiv handling** från den enskilde för att uppnå de **rehabiliteringsmål** han (med stöd av de professionella) har satt upp. För att komma dit måste man ha **kunskap, man måste vara motiverad och man måste ha gjort ett val eller fattat ett beslut** om att genomföra denna process. Ett stöd på vägen är **ständig återkoppling** om de framsteg jag gör. De professionellas roll blir att i **en pedagogisk process ge stöd, motivera och tillföra kunskap** för att detta ska bli möjligt för den enskilde.

Man skulle kunna säga att de professionella **tillskapar en scen** eller arena där den enskilde kan utföra sitt rehabiliteringsarbete. Man tillför **scenrekvisita och uppmuntrar honom att gå upp på scenen** och göra detta jobb. Ger honom kanske **regianvisningar**. Men det är alltid **den enskilde som är huvudartisten.**

DEN REHABILITERANDE PROCESSEN



5.1.7 Rehabilitering och den pedagogiska processen

Med denna bild som grund kan man kanske se **rehabilitering i första hand som en pedagogisk process** i stället för en sorts behandlingsprocess. För att detta ska fungera krävs minst två saker. För det första att **personalen mer ser sig som pedagoger än behandlare och därmed tillägnar sig ett pedagogiskt förhållningssätt**. Kanske att man mer ser sig som coach och mentor än något annat. Man måste ha en pedagogisk metodik och ett pedagogiskt synsätt.

För det andra att den **enskilde personen ser sin egen roll och sitt eget ansvar i processen**. För honom krävs åtminstone att man funderar igenom följande frågor

- * **vilket är mitt problem** som kräver rehabilitering? Vad är direkta symtom som måste åtgärdas och vilka är **de underliggande orsakerna** jag behöver komma åt
- * **vad är min roll i processen och vad är mitt ansvar** för att hantera detta. Hur ska jag se till att det blir jag som "äger" min egen rehabilitering
- * **vilket stöd behöver jag** av de professionella för att lyckas med denna process

De professionellas pedagogiska roll är att först stödja den enskilde att ta sig genom frågorna ovan och se sin roll och sitt ansvar samt att därefter ge det stöd processen erfordrar

5.1.8 Stacken och ett rehabiliterande förhållningssätt

Om man studerar Stacken genom det filter ovanstående modell utgör uppstår ett antal intressanta frågor; har man ett rehabiliterande synsätt (1) är det genomtänkt (2), är det gemensamt (3), genomsyrar det arbetet (4) och skulle det kunna utvecklas (5)?

På de första två frågorna kan man nog svara ett obetingat ja. Genom Stacken har man skapat den scen och tillhandahållit de verktyg som behövs så att individen kan genomföra sin rehabiliteringsprocess. Individen sätter upp mål för sin rehabilitering i form av en handlingsplan. Individen ses som det handlande subjektet och man strävar efter att tänka och arbeta allsidigt, med en helhetssyn och ett undersökande, kognitivt perspektiv. Det finns också en uttalad vilja att spränga gränser och gå bakom symtomen och finna orsakerna till problemen.

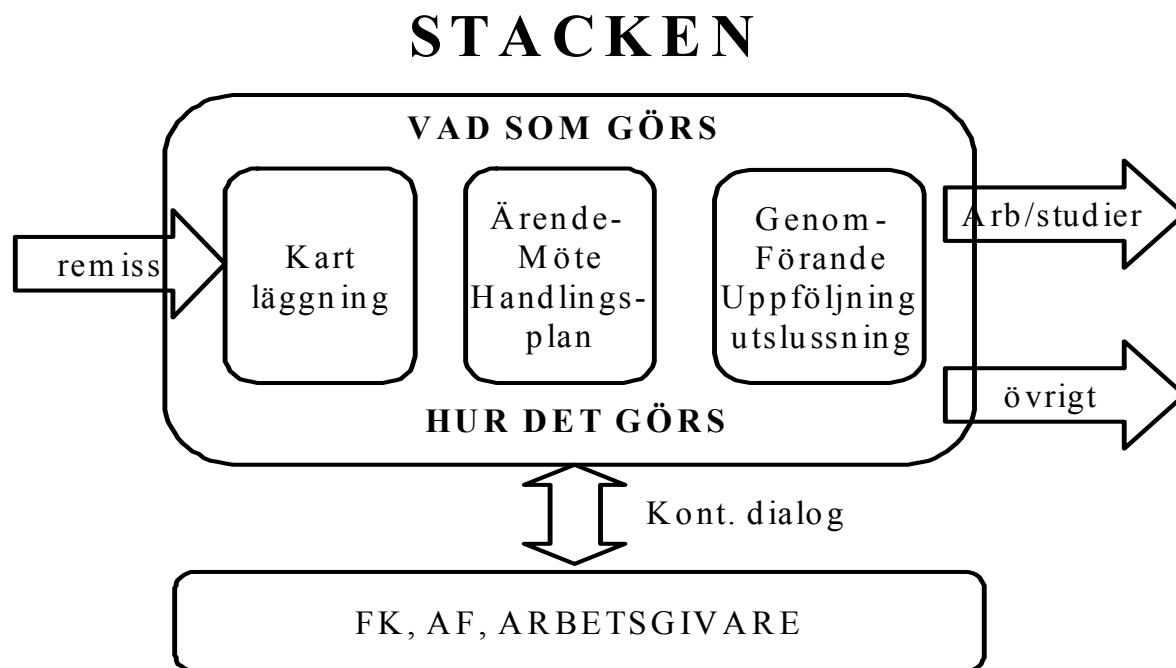
Om det är ett **gemensamt synsätt och om det genomsyrar verksamheten är vi inte lika säkra** på (fråga 3 & 4). Det förefaller som att man i projektgruppen och i referensgruppen lagt ner en hel del arbete på just dessa synsättsfrågor. Men frågan är i vad mån man lyckats med detta i förhållande till alla de aktörer projektet ska samverka med. Här återstår förmodligen en hel del förankrings- och utvecklingsarbete att genomföra.

Men som alltid finns det ett antal områden (fråga 5) där detta synsätt och genomslaget av det skulle kunna utvecklas

- * vi tror att arbetet med att stödja **den enskilde att fatta aktiva beslut om att genomföra sin egen rehabiliteringsprocess** skulle kunna utvecklas. Man har nått långt, mycket långt, i processen att få den enskilde att delta i sin egen rehabiliteringsprocess utifrån ett helhetsperspektiv, men frågan är hur långt man lyckats i strävan och viljan att få individen att bli ett agerande subjekt i stället för att uppfatta sig som behandlat objekt (patient) visserligen utifrån en helhetssyn och visserligen delaktig men ändå objekt.
- * detta i sin tur kan ha att göra med att vi inte riktigt kunnat identifiera den **rehabiliteringspedagogik** som är nödvändig för att få individen att omvandla all kunskap och allt stöd till motivation och beslutsfattande kring sin egen situation. Arbetsmetoder och synsätt för ett effektivt motivationsarbete är kanske viktiga inslag. Vi tror att projektet skulle kunna bli ännu bättre om man **något mer såg detta som ett pedagogiskt problem och något mindre som ett behandlingsproblem**
- * vi ser också att det finns stora behov av att i den bredare personalgruppen **förankra och utveckla det rehabiliterande förhållningssätt** som faktiskt finns i projektet och som är både genomtänkt och sammanhängande. Det finns ett behov av att i vardagen inom primärvården få ett genomslag för detta delvis nya sätt att tänka

5.2 Remitteringsprocessen

Grundanslaget i Stacken är att via en remitteringsprocess från (i första hand) läkarna ska patienter som ingår i målgruppen komma in i arbetet via en kartläggings- och handlingsplansprocess som därefter ska leda till ett genomförande, ungefär som i figuren nedan. Den centrala aktiviteten i denna process är det så kallade ärendemötet. Projektet delvis står och faller med att denna process lyckas. En förutsättning för att detta ska äga rum är att patienter remitteras in i projektet. Under projektets hela första år har detta varit ett problem. Ett problem vi känner igen från många samverkande rehabiliteringsprojekt. Den fråga som då växer fram är varför dessa remitteringströgheter uppstår?



Den fråga som då väckts i vår utvärdering är; **varför det är så svårt att få läkare att remittera patienter**. Beroende på vem vi har frågat har vi fått flera olika typer av svar. Ett helt knippe av svar fokuserar på det speciella och lite unika i den traditionella läkarrollen. Ett är att läkare i allmänhet, och primärvårdsläkare i synnerhet är en sorts "ensamvargar" och som föredrar att arbeta för sig själva, man vill inte inordna sig i strukturer och metoder som andra bestämt. Ett besläktat argument är att man som läkare inte vill ha insyn i sitt arbete och därmed riskera att få det kritiserat. Kopplat till detta ligger oviljan att blotta sin okunnighet, släppa makt och problemdefinieringsrätten kring patientens sjukdomsbild. Ett annat svar är att man tycker det är besvärligt, man ska fylla i blanketer, vilket tar lång tid och man ser inte nyttan med det hela för egen del. Ytterligare ett svar är att man inte har tillräcklig kunskap om projektet, dess målgrupp och dess arbetsmetod – ett argument som i synnerhet anses vara giltigt för nya läkare. Några säger att det beror på att vissa läkare inte har det multidisciplinära synsätt och helhetssyn som projektet bygger på (vilket är lite lustigt mot bakgrund av att man brukar ju säga att det är just detta som är det unika i allmänläkarrollen), Det kan handla om att man helt enkelt inte (t.ex. på grund av att man saknar paramedicinsk, socialmedicinsk eller kurativ kunskap) kan identifiera klienterna – man har inte rätt glasögon på sig då man betraktar patienten..

Vi kan inte med säkerhet värdera giltigheten i alla dessa argument, men de går att sortera i några grupper;

- * **nyttoargumentet**
- * **kompetensargumentet**
- * **ensamvargarargumentet**

Det första argumentet hanteras förmodligen bäst genom att de läkare som remitterat patienter och fått positiva resultat fortsätter att göra detta och på så vis sprider de goda insikterna och erfarenheterna till kollegorna via läkarmötet. **Framgång, skapar framgång.**

Det andra argumentet hanteras kanske genom att **inte bara läkare utan även kurator och sjukgymnast involveras i remitteringsprocessen** på så sätt att då de i sitt ordinarie arbete inom

primärvården upptäcker patienter av Stackennatur kan de uppmärksamma patientansvarig läkare på detta och att patienten på så vis remitteras in i projektet.

Det tredje argumentet hanteras kanske bäst genom att den projektledare som är läkare och vårdcentralschefen i sin roll som del av ledningsgruppen vid återkommande läkarmöten inom primärvården **informerar om projektet och dess metoder**. Sammantaget kan dessa tre vägar komprimeras i tre sentenser; **droppen urholkar stenen, alla vägar bär till Rom samt repetition är kunskapens moder**

5.3 En modell för att organisera samverkan

5.3.1 En grundmodell

Samverkansarbetet i Stacken utgår från en modell för fungerande samverkan som använts i flera andra sammanhang. Den bygger på följande tankar och presenteras här som en sorts teoretisk idealmodell, som naturligtvis aldrig existerat i renodlad form men icke desto mindre i väsentliga delar de flesta framgångsrika samverkansprojekt. Man skapar för det konkreta samverkansarbetet ett **team med multikompetens** som arbetar med ett **väldefinierat uppdrag** från en **väldefinierad uppdragsgivare i form av en ledningsgrupp**.

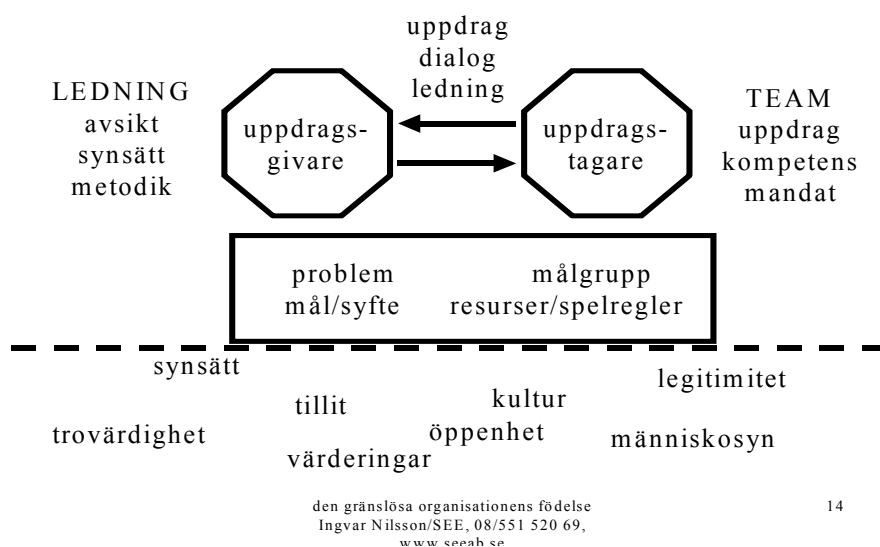
Låt oss därför börja med att ge en enkel bild av några grundläggande förutsättningar som enligt all erfarenhet bör föreligga för att en gynnsam samverkanssituation ska kunna uppstå. Först och främst kan vi konstatera att det behövs en grupp av människor, ett team, ett multikompetent team, som ska utföra det konkreta samverkansarbetet – vi kallar detta för **uppdragstagargruppen**. Dessa måste ha uppdrag, mandat och kompetens som motsvarar det problem som ska tacklas. Gruppen bör tillförsäkras kontinuitet i sin sammansättning och arbetsformer.

De individer som ska medverka i det konkreta arbetet måste i sin tur ha erhållit mandat och fått avsatt tid från sina moderorganisationer. De bör ha hög **social kompetens** samt uppfattas som **legitima** och väl ansedda representanter för moderorganisationens intressen. De bör vilja medverka i och känna **engagemang** för ett samverkansarbete. De bör ha god **sakkunskap** inom sitt fackområde.

Ledningsgruppen för samverkan i Stacken utgör uppdragsgivargrupp – som utifrån den avsikt och det gemensamma synsätt som formuleras i denna strategi vill uppnå de här angivna syftena och målen. Samspelet mellan uppdragsgivare och uppdragstagare bör ske i form av ett antal olika **ledningsdialoger** där uppdragets omfattning mejslas fram.

Det är framförallt fyra frågor dessa ledningsdialoger har att penetrera. För det första vilket **problem** som ska lösas. Därefter vilket **mål och syfte** man har med samverkansaktiviteten. Som tredje fråga vilken den exakta **målgrupp** är som man ska jobba med. Slutligen fastställer man i denna ledningsdialog vilka **resurser och spelregler** som står till förfogande för uppdragstagargruppen.

Att skapa denna struktur av tydlig ledning, en uppdragsgivargrupp och en uppdragstagargrupp och penetrera dessa fyra frågeställningar utgör grunden för att lyckas med att skapa ett samverkansarbete. Men under ytan finns ett stort antal andra mer komplexa frågeställningar såsom synsätt, öppenhet, tillit, värderingar, människosyn etc. som i grunden kommer att avgöra om man kommer att lyckas. I praktiken är det ofta så att det är hur väl man lyckas hantera dessa frågor som kommer att avgöra hur väl samverkansarbetet lyckas..



5.3.2 Två konstellationer & tre samspel

För att ett fungerande samverkansarbete ska kunna etableras krävs alltså att **två fungerande gruppkonstellationer** skapas; **en fungerande uppdragsgivargrupp** och **en fungerande uppdragstagargrupp**. Det senare är man ofta medveten om i samverkanssammanhang. Man pratar i projektsammanhang mycket om teambuildingprocessen och vikten av att ha en bred och allsidig kompetens i projektgruppen liksom att deltagarna bör ha en rimlig social kompetens. Konkret brukar detta manifesteras genom att nybildade samverkansgrupper genomför någon form av kick-off.

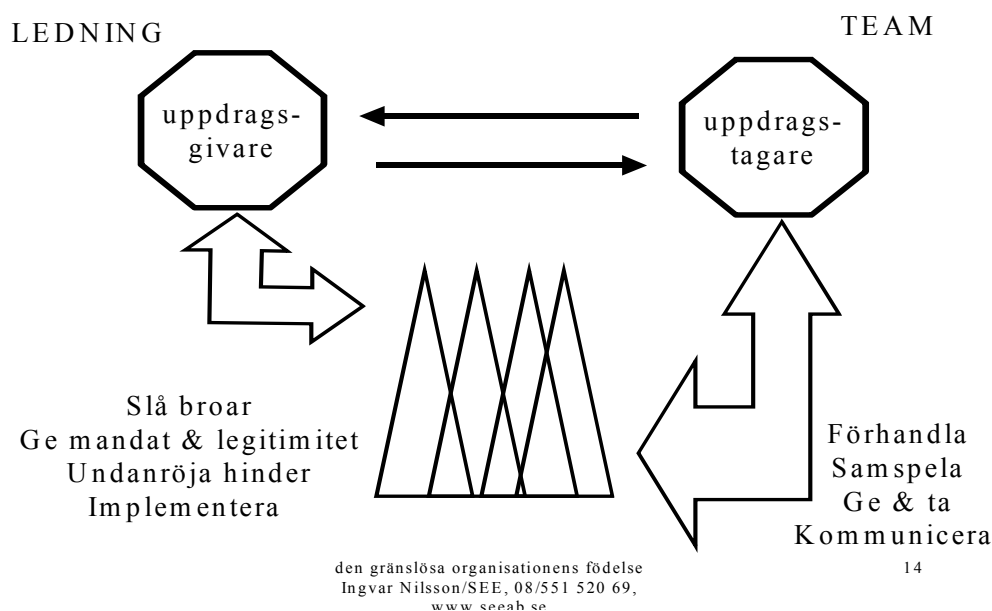
Det är inte lika ofta man har samma höga medvetenhet kring en **uppdragsgivargrupps behov av att bilda just en fungerande grupp**. Orsakerna kan vara många. Man inser inte vikten av att uppdragsgivaren som grupp (i motsats till att göra detta som enskilda individer) leder själva samverkansprocessen – man ser eller förstår inte sin ledningsroll. Man anser sig kanske inte ha tid. Man kanske delegerar frågan till en handläggare. Erfarenheterna är mycket entydiga; man måste lägga mycket krut på att **skapa en fungerande uppdragsgivargrupp** (ledningsgrupp eller styrgrupp) för att få samverkansprocessen att fungera. Gruppen måste ha rätt sammansättning, rätt kompetensnivå, rätt mandat att fatta beslut, vara symmetriskt sammansatt för att nämna några kriterier för en fungerande uppdragsgivargrupp. Gruppen måste också lägga tid på att lära känna varandra som individer, förstå varandras arbetsvillkor och spelregler, man måste utveckla ett gemensamt förhållningssätt kring samverkansfrågan, bli överens om en gemensam avsikt med samverkan (syfte, uppdrag & mål) samt en metod och ett synsätt kring hur detta ska ledas.

En grundförutsättning för att få samverkan att fungera är att **dessa två grundkonstellationer bildas och fungerar, just som gruppkonstellationer**. Om inte uppdragsgivargruppen fungerar utifrån de villkor vi ovan skissartat pekat på kommer projektet inte att ha någon fungerande motpart eller uppdragsgivare. Detta är det första samspel som måste fungera för att uppnå framgång

Men detta samverkansarbete, som så många andra, agerar dessutom i en miljö präglade av de medverkande **linjeorganisationernas livsvillkor** och spelregler (t.ex. landsting och försäkringskassa samt i viss mån kommun och arbetsförmedling). Detta betyder å ena sidan att samverkansarbetets livsvillkor indirekt bestäms av dessa organisationers kultur och regelverk. Men det betyder å andra sidan att projektet i det dagliga arbetet **kontinuerligt och konstruktivt måste samverka på basnivå** (handläggarnivå, behandlarnivå) med enskilda individer och enheter inom de olika myndigheterna. Denna kommunikation och samverkan utgör å ena sidan en förutsättning för att ett samverkansprojekt

ska kunna göra sitt jobb på kort sikt och å andra sidan en del av tillämpningen av erfarenheterna på lång sikt.

För att detta ska kunna fungera krävs att de personer som ingår i ledningsgruppen i sitt dagliga ledningsarbete i linjeorganisationerna **ger stöd och legitimitet åt samverkansarbetet** samt ger de deltagande personerna i uppdragstagargruppen mandat att arbeta på detta vis. Samtidigt är det ledningens uppgift att i sina linjeorganisationer undanröja de hinder som samverkansarbetet stöter på. På lite längre sikt är det ledningens uppgift att mer systematiskt överföra de erfarenheter samverkansarbetet ger upphov till. Det vi brukar kalla implementeringsansvar. Figuren nedan illustrerar dessa **två fungerande gruppkonstellationer och tre relationer** eller samspel som bör fungera tillfredsställande för att ett samverkansarbete ska kunna bli framgångsrikt.



5.3.3 Stackenprojektet och modellen

I grova drag är Stackenprojektet uppbyggt efter denna modell. **Därmed finns goda grundförutsättningar för att arbetet ska lyckas.** Man har en projektgrupp. **En samkörd projektgrupp** som fungerar bra internt och i förhållande till sin referensgrupp. Det finns **i viss mening en ledning.** Och det finns ett **visst samspel utvecklat mellan det samverkansarbete som sker i nätverksorganisationen och linjeorganisationerna.** Man har också aktivt och medvetet arbetat med ett **förankringsarbete.** Det finns också i projektbeskrivningen sagt en hel del om **mål, målgrupp etc.**

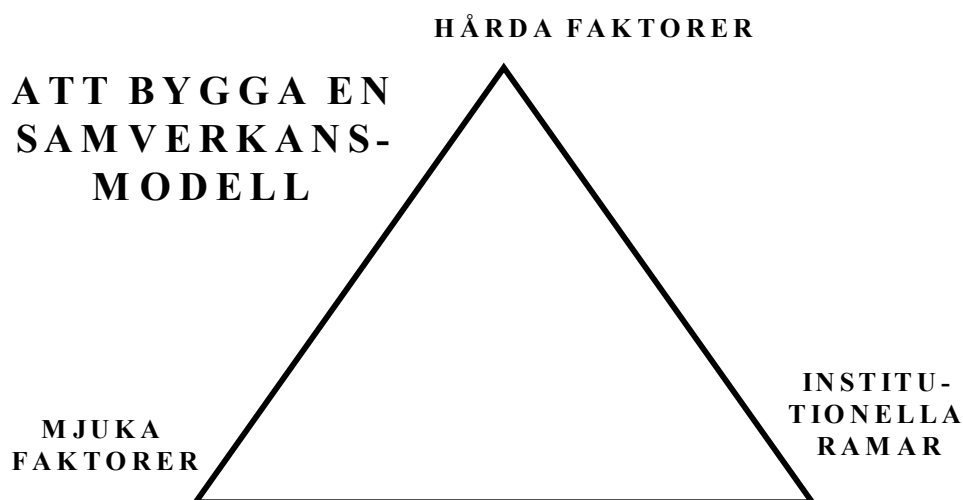
Därmed är **förutsättningarna för att lyckas i arbetet ganska goda.** Men det finns också några punkter som brister och som i många samverkansprojekt är tillräckligt viktiga för att omintetgöra alla de goda inslagen. På följande områden tycker vi att Stackenprojektet har att **vinna på att utveckla sina arbetsformer**

* den första och viktigaste utvecklingsinsatsen är att **ledningsgruppen tar ett mer offensivt och tydligare ledningsansvar.** Detta gäller inom flera olika områden. Förankring och legitimitet

- för arbetet på hemmaplan. Men även att redan tidigt i projektarbete tänka genom och förbereda implementering av projektets erfarenheter. Möjligtvis bör också projektets mandat i förhållande till moderorganisationerna ytterligare förtydligas
- * för att kunna göra detta är det nog nödvändigt att **ledningsgruppen som sådan utvecklar sin interna diskussion** om projektets syfte och nytta både gemensamt och för den egna organisationen men också den gemensamma **synen på samverkan och ledning av samverkan**. Det förfaller finnas obruten mark inom detta område
 - * det har inte heller direkt skett några **systematiska ledningsdialoger mellan ledningsgrupp och projektgrupp** efter det att projektet inletts. I viss mening kan man säga att projektet under prototypfasen varit ledningsmässigt övergivet. Det vore en fördel om sådana dialoger kunde ske på en systematisk bas
 - * vidare på **förankrings- och remitteringsarbetet** mellan de olika linjeorganisationernas ytterligare utvecklas (vilket vi beskrev i föregående avsnitt) – inte minst **inom läkargruppen inom primärvården**. Här finns insatser att göra både från projektgrupp och ledningsgrupp
 - * vi tror också att det kan vara värdefullt att både inom projektet och med de olika linjeorganisationerna diskutera val av, **avgränsning av och prioritering inom målgruppen**. Det visar sig att det ibland i efterhand är väldigt enkelt och tydligt att se vilka som borde ha ingått i målgruppen men att detta inte varit lika tydligt att upptäcka tidigt. Detta leder till några intressanta utvecklingsfrågor. För det första bör man gemensamt ta fram och/eller utveckla kriterier för hur målgruppen ska identifieras? För det andra undersöka om det finns patienter som ingår i målgruppen, men som av olika skäl inte remitteras till projektet. För det tredje om man kanske ska vidga eller förändra målgruppen?

5.4 En modell för rehabsamverkan

Ett av flera syften för Stackenprojektet är att **arbeta fram en modell för rehabiliteringssamverkan**. Begreppet modell kan dock uppfattas som diffust och oklart. Det kan därför finnas skäl att mer precisera vad man kan mena med begreppet. I figuren nedan har vi i förenklad form lyft fram de tre grupper av komponenter som enligt vårt förmenande bör finnas för att man ska kunna göra anspråk på att kalla något en modell i denna typ av sammanhang.



Den första gruppen av komponenter är de mest uppenbara i ett modellarbete. **De hårda faktorerna.** Bland dessa ingår t.ex. **metodik** såsom olika arbetssteg och arbetsprocesser. Men här ingår också **konkreta arbetsredskap** såsom lathundar, checklistor, blanketter för sekretessmedgivande etc. Rutiner för remittering och uppföljning kan också ingå i denna grupp. Dessa hårda faktorer är ofta det man brukar avse då man lite diffust säger att man ska utveckla en modell. Men det finns mera.

De **mjuka faktorerna** är ofta svåra att upptäcka och därmed lätta att förbise. Många gånger kan det till och med vara så att i den grupp som arbetar med modellen uppfattas dessa som så självklara att man inte ens är medveten om att de utgör en del av modellen. Bland dessa faktorer hittar vi **grundläggande värderingar och synsätt** såsom människosyn, sjukdomssyn och rehabiliteringssyn. Inom denna grupp finns också de medvetna eller omedvetna **teoretiska fundament** som modellen vilar på. Många gånger kan man i denna typ av modellarbete hitta mycket konkreta avtryck av vissa teoretiska modeller som projektgruppen kanske inte ens är medveten om¹⁴. Men vi hittar också bland de mjuka faktorerna **kompetens- och bemanningskrav** på de som ska arbeta med modellen. Vilka aktörer ska/bör/måste vara med för att modellen ska fungera och vilka formella och reella kompetenser bör de besitta? En viktig sådan delkomponent är **viljan att samverka** och insikten om samverkans betydelse. Det är vår ganska bestämda uppfattning att **ett okritisk kopierande av en modells hårda faktorer utan ett beaktande av de mjuka faktorerna mycket sällan leder till framgång.**

Den tredje gruppen av faktorer i en samverkansmodell handlar om modellens **institutionella ramar** och förutsättningar – **det yttre sammanhang man ingår i.** En samverkansmodell förutsätts ju finnas till och arbeta i någon form av institutionellt och organisatoriskt sammanhang. Detta måste klarläggas och definieras för att modellen ska kunna finnas till och kunna fungera effektivt. Man verkar ju ofta i gapet eller spelrummet mellan olika befintliga hierarkiska strukturer – projektets olika moderorganisationer eller linjeorganisationer. Till att börja med måste man ha en bild av **modellens organisationsform** (man kan välja mellan allt från lösa nätverk till integrerade case management team) och **arbetsstruktur.** Inom denna ram måste man därutöver definiera **roller, ansvar samt befogenheter** för de som ska arbeta i modellen. Detta både inom modellen som sådan och i förhållande till de olika moderorganisationerna. Vidare är **ledningsfrågorna kring samverkansarbetet** av central betydelse. Vem har ledningsansvaret och hur utövas denna ledning – mot samverkansorganisationen och mot linjeorganisationerna. Detta knyter an till nästa del av den institutionella ramen nämligen **förankring i och samspel mellan modell och moderorganisationer.** Slutligen har vi frågan om **mandatgivning** till de som ska arbeta i modellen; hur mycket tid ska de avsätta, hur ska de avlastas i den egna moderorganisationen och vilka beslutsrättigheter för de med sig in i modellarbetet. Man skulle kunna säga att flera av **de institutionella ramarna för ett modellarbete också utgör förutsättningar för dess existens och funktion.** I huvudsak är detta frågor som berör en modells ledningsgrupp.

Om denna beskrivning av vad som kan kallas en samverkansmodell är någorlunda korrekt leder detta till vissa **konsekvenser om man vill implementera modellen** till andra områden eller det som brukar kallas ”ordinarie verksamhet”. Till att börja med kan vi konstatera att **de hårda faktorerna** är tämligen enkla att överföra till andra aktörer. Det handlar om en ren kunskapsöverföring. **De mjuka faktorerna kräver** en mycket medveten och systematisk pedagogisk process av tämligen subtilt slag. Det handlar i grunden om att i en **grupprocess och pedagogisk process påverka människors synsätts- och värderingsfrågor.** De **institutionella ramarna** handlar i huvudsak om ett antal ledningsinsatser och beslut både inom ramen för den nätverksledning där modellen ingår och på chefsnivå i respektive moderorganisation. Man kan säga att denna typ av ledningsinsatser utgör grunden och förutsättningen för att överhuvudtaget prata om implementering.

¹⁴ exempel på teoretiska fundament man ofta hittar är självtrillitsmodeller, modellen för frigörande pedagogik, olika former av grupp dynamiska modeller, modellen för upplevelsebaserad inläring, human elementmodellen etc.

Utifrån denna enkla modell kan man konstatera att man i Stackenprojektet utvecklat **en uppsättning redskap och metoder i det som vi kallar modellens hårda hörn**. Detta är vid första anblicken projektets verkliga styrka. Man är, såvitt vi kan se, i denna mening praktiskt taget **ett skolexempel på hur man bör göra**.

Man har också **en projektstruktur i form av en deltidsarbetande arbetsgrupp** med fasta medlemmar som erfarenhetsmässigt visar sig vara effektiv genom att den både förenar stabilitet och teambuilding i projektgruppen med goda förankringsmöjligheter på hemmaplan. På så sätt undviker man att samverkansarbetet blir något för en särskild grupp på heltid helt vid sidan av allt annat linjeorganisationsarbete.

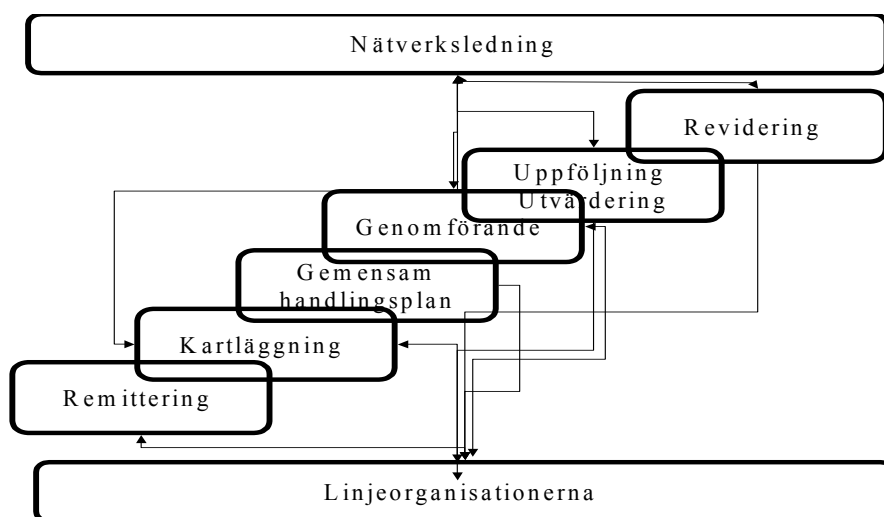
I det mjuka hörnet är **de underliggande värderingarna och synsätten tämligen tydliga och väl genomarbetade**. Den fråga som här infinner sig är i vilken utsträckning dessa är förankrade utanför projektets innersta kärna.

Här dyker också på nytt upp frågan om **samspel mellan projekt och linjeorganisation**. Är de synsätt och värderingar som finns inne i projektet förankrade på "hemmaplan"? Hur påverkar i så fall detta själva projektarbetet. Över huvudtaget är förankringsfrågorna avgörande för att projektet ska kunna lyckas.

Då det gäller **det institutionella hörnet, förefaller det vara projektets svaga hörn**. Både då det gäller att **på kort sikt skapa ledningsstöd** för projektet och **på lång sikt skapa förutsättningar för en implementeringsprocess**. Det är också flera viktiga aktörer som saknas på rehabiliteringsbanan, inte minst Arbetsförmedlingen rehabilitering och kommunen.

5.4.1 De hårda faktorerna i Stacken

Om man studerar olika samverkansmodeller kan man konstatera att de väldigt ofta har ett gemensamt mönster för de olika arbetsstegen. Det förefaller som om många av de samverkansaktiviteter som lyckas följer nedanstående mönster¹⁵.



¹⁵ vi vill dock varna för att följa denna typ av modeller slaviskt. Vi känner själva till åtminstone två olika mycket framgångsrika rehabiliteringsaktiviteter som gör nästan tvärtom. Det finns med andra ord inte några självklara lösningar på detta problem. It takes all kinds to make a world

För det första har man metoder eller arbetsmodeller för hur man kan **remittera olika klienter** till samverkansaktiviteten. Det kan handla om en remitteringsgrupp eller att man blivit överens med linjeorganisationerna om vilka kriterier för deltagande i samverkansarbetet som ska gälla (urval av målgrupp). I detta arbetssteg ligger att hantera sekretessfrågor och andra barriärer för samverkan.

I det andra steget handlar det ofta om att göra **en allsidig kartläggning** av individens situation. Detta är ofta en nyckelaktivitet för framgång. Här kan det handla om att utveckla metoder för kartläggning som delaktiggör klienten i arbetet och förutsätter dennes aktiva medverkan. Man tittar ofta på den enskildes historia och totala livssituation

Det tredje steget syftar till att tillsammans med klienten utforma **en gemensam handlingsplan** som tar i anspråk alla de berörda myndigheterna samlade kompetens. En viktig del i detta arbete är att tillsammans med klienten formulera realistiska mål för vad som ska uppnås. Många gånger sluter man i detta arbetssteg ett kontrakt med klienten kring handlingsplanen.

Steg fyra är själva **genomförandet av rehabiliteringsprocessen**. Denna fas kan naturligtvis variera högst betydligt beroende på vad rehabiliteringen handlar om.

Det femte steget handlar om att tillsammans med den enskilde efter genomförd arbetsprocess **utvärdera om man lyckats** uppnå det man föresatte sig inledningsvis och dra lärdomar av detta. Men det handlar också om att tillsammans med arbetsgruppen värdera det egna arbetet. Studera styrkor och svagheter. Men det kan också handla om att göra denna utvärdering i samspel med linjeorganisationen, vilket kan vara en del i det kontinuerliga implementeringsarbetet.

Syftet med detta är att i det sjätte steget överväga om man behöver **revidera insatsen för klienten eller sina arbetsmetoder** eller om man för tillfället är nöjd med det man har utvecklat..

Ovanstående skulle kunna sägas vara en beskrivning av en arbetsprocess eller en arbetsmetodik. Inom vården skulle man kanske kalla det en vårdkedja. Kanske är begreppet rehabiliteringskedja användbart. Men **metodiken behöver i varje steg olika former av arbetsredskap**. Det kan handla om blanketter för remittering eller sekretessmedgivande från den enskilde. Det kan vara olika metoder eller tekniker för kartläggning av individens livssituation eller beskrivning av nuläge. Det kan handla om formulär för att upprätta en handlingsplan och kontrakt mellan projekt och den enskilde och projektet för den handlingsplan man gemensamt kommit fram till.

Om man med denna teoretiska förlaga som grund betraktar Stackenprojektet kan man säga att på de allra flesta punkter har man idag arbetat fram **både arbetsprocesser och arbetsredskap i modellen**. I denna mening utgör Stackenprojektet ett gott exempel på "the state of the art". Eller lite annorlunda uttryckt; det är ungefär så här man bör göra för att lyckas. **De positiva särdrag** vi kunnat finna är följande

- * **tydlig och genomarbetad metodik** och arbetsgång i ungefär de arbetssteg som ovan angivits
- * stark fokusering på **kartlägningsdelen och där helhetssyn och delaktighet** från patientens sida är viktiga inslag
- * en tydlig arena och metodik för detta – **ärendemötet som har en klar struktur, tydligt syfte och en medveten ledning**

Det infinner sig naturligtvis också några frågor av intresse som är värda att fundera över

- * den första av dessa är **hur frivilligt deltagandet i projektet är från patientens sida – är det så att säga en valfrihet under galgen**, med underliggande upplevelser av hot om t.ex. indragen sjukpenning om man inte medverkar i projektet? Inget av vad vi funnit vare sig i intervjuer eller enkäter tyder på något annat än att valfriheten och frivilligheten är genuin

- * detta kopplar till nästa fråga; huruvida **helhetssynen och delaktigheten från patientens sida är genuin**. Även här tycks både intervjuer och enkäter med patienter entydigt peka på att man bemöts respektfullt, att man är delaktig i processen och får hjälp att lösa sina problem (inom dessa fält har man på en skala 1-5 erhållit värdena 4.4 respektive 4.6 i patientenkäten)
- * samtidigt kan vi inte undvika att åter en gång hamna i remitteringsprocessen. Såvitt vi kan se finns det för projektets del två viktiga saker att överväga kring detta
 - a) kan eller bör man **vidga målgruppen** så att man på så sätt kan få en större genomströmning av patienter i projektet, vilket i sin tur föder frågan vad som är en rimlig målsättning i antal patienter per år i ett projekt av detta slag
 - b) kan man **skapa en remitteringsprocess** där även andra aktörer såsom **kurator och sjukgymnast** får en roll i att upptäcka och aktualisera patienter till projektet

5.4.2 De mjuka faktorerna i Stackenprojektet

Varje samverkansaktivitet kring rehabiliteringsfrågor baseras medvetet eller omedvetet på ett antal grundläggande viktiga värderingar och synsätt; framförallt människosyn, sjukdomssyn och rehabiliteringssyn. Arbetet kring dessa frågor handlar i princip om två saker. Det ena är **den gemensamma process i vilken man bearbetar de synsätts- och värderingsfrågor** som finns inbyggda i ett samverkansarbete av detta slag. Det andra är **det resultat man kommer fram till i form av gemensamma synsätt**. Enligt vårt sätt att se det utgör den första delen en förutsättning för att ha en välgrundad uppfattning i den senare. Detta har i sin tur en viss betydelse då man eventuellt ska implementera projektets arbetsidé. Varje arbetsgrupp som ska tillämpa projektets idéer (de hårda faktorerna) bör/måste i princip genomföra (om än i förkortad form) samma insiktsskapande process som den ursprungliga projektgruppen

I projektet har man tidigt lagt fokus på dessa frågor och man har under resans gång vid upprepade tillfällen stött och blött dessa värderingsfrågor. Såvitt vi kan se det arbetar man idag i princip efter följande grundtankar

- * bemötandet av den enskilde ska baseras på **respekt** och relationen präglad av ett horisontellt i stället för vertikalt tänkande. Mötet ska också präglas av empati och förståelse
- * kartläggnings- och handlingsplansarbetet ska vara präglad av att komma till **problemets kärna** och inte bara behandla symtom och ytliga fenomen utan komma åt grundorsakerna till de mer ytliga symtomen
- * detta ska bl.a. uppnås genom **delaktighet från patientens sida** och att aktivera och ianspråka den kunskap denne själv bär med sig. För att uppnå detta tillämpar man **ett undersökande synsätt och ett kognitivt förhållningssätt**
- * för att detta ska bli möjligt krävs i projektgruppen ett gemensamt förhållningssätt och ett gemensamt synsätt kring de ”diffusa och komplexa diagnoserna” en **helhetssyn** kring den enskilde vilket innebär att alla aktörer och perspektiv kring den enskilde beaktas både i kartläggnings- och handlingsfasen av arbetet.
- * i mötet med den enskilde strävar man efter att detta ska ske **förutsättningslöst** på så sätt att förutfattade meningar om problemet och dess lösning ej ska styra arbetsprocessen utan denna ska baseras på den holistiskt baserade kartläggningsprocessen.

- * man är också överens om att **tempofrågan är viktig**. Det gäller att tidigt både upptäcka och åtgärda de som bär med sig en komplex problematik för att **förhindra kronifiering av sjukdomstillståndet**

En intressant fråga är om denna helhetssyn kring patienten upplevs som stödjande eller om det upplevs av patienten som att man blir inträngd i ett hörn och befinner sig instängd i en totalitär struktur. Både patientenkäter och patientintervjuer är på denna punkt entydiga. **Man upplever mångfalden av perspektiv som stödjande** och kan se att det är en poäng att olika yrkesgrupper ger olika bilder av patientens problem och att detta sammantaget ger en helhetssyn (värdena 4.0 respektive 4.6 i patientenkäten). Rent allmänt sett tycks man **som patient i projektet känna sig sedd och respekterad och få hjälp med sina problem**.

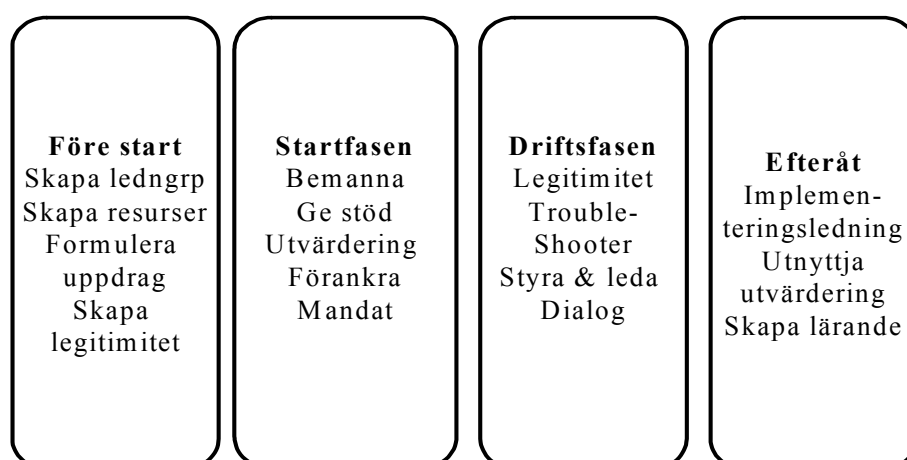
Vår bild är att en av de verkliga styrkorna i Stackenprojektet är att man lagt ner så mycket tid på denna gemensamma grundsyn både i den mer centrala delen av projektet men också i förankringsarbetet kring projektet. **En grundsyn som förefaller både rimlig och klok och dessutom befrämjande för resultateffektiviteten i projektet**.

5.4.3 Institutionell ram för Stackenprojektet

Den institutionella ramen för Stackenprojektet utgör den egentliga stötestenen som vi ser det. Projektet i dess nuvarande form skulle kunna beskrivas som en nätverksorganisation med permanent bemanning som genomgått en viss form av teambuildingprocess. Man har också i denna process kommit fram till både en gemensam grundsyn (de mjuka faktorerna) och en gemensam metodik (de hårda faktorerna). Själva organisationsformen som sådan är också oproblematiske. Den fungerar ganska väl med den typ av uppdrag och den målgrupp man är tänkt att arbeta med. Man kan diskutera insatsen av tid i nätverksarbetet, vilket är en fråga om hur mycket tid moderorganisationerna vill avsätta för samverkansarbetet och den ambitionsnivå man har i det direkta samverkansarbetet.

En grundsten för att få en samverkansaktivitet att fungera långsiktigt och vara uthållig och robust är att den har en ledningsfunktion som formulerar uppdrag, skapar förutsättningar för arbetet samt följer upp det och ger stöd för arbetet i vardagen. Uppgifterna för en sådan ledningsfunktion illustreras i figuren nedan.

DE FYRA SAMVERKANSLEDNINGSUPPGIFTERNA



Man skulle kunna säga att samverkansledningsuppdraget är uppdelat på fyra olika faser.

- * I den första fasen – **före start** – handlar det om att skapa en ledningsgrupp över huvudtaget. Denna uppgift handlar om att samla de aktörer på chefsnivå som ser att de har ett gemensamt problem som de endast genom samverkan kan lösa – att axla samverkansledningsuppdraget. Då en sådan grupp bildats handlar det därefter om att formulera mål för vad man vill uppnå, skapa resurser för detta, bilda sig en uppfattning om hur ett sådant arbete ska organiseras. Därefter handlar det om att skapa legitimitet och förankring för ett sådant arbete på de olika organisationernas hemmaplan – att bereda mark för och vara marknadsförare för samverkansarbetet
- * **i startfasen** handlar det om att bemanna projektet med rätt personer (vilket i sig är en av de mest avgörande framgångsfaktorerna) och därefter i någon form av dialog få dessa att åta sig det uppdrag man som ledningsgrupp vill ha utfört. Det handlar också om att tilldela resurser och mandat samt tydliggöra spelregler eller ramar för hur uppdraget ska lösas. Under tiden har man som ledning ett omfattande arbete med att på hemmaplan förankra och marknadsföra arbetet liksom att ge det legitimitet. Naturligtvis bör man också i startfasen bestämma hur samverkansarbetet ska utvärderas
- * **i driftfasen** rullar samverkansarbetet rimligtvis på och ledningsgruppens uppgift är dels att kontinuerligt underrätta sig om att man arbetar i linje med de mål och det uppdrag man åtagit sig. Ledningsgruppens uppgift kan också vara att bistå samverkansarbetet då man ställs inför svåra vägvalsfrågor eller prioriteringsbeslut. Men en annan utomordentligt viktig uppgift är att kontinuerligt marknadsföra och förankra samt skapa legitimitet för projektet på hemmaplan samt att medla och mäkla i de konflikter som kan uppstå mellan linjeorganisationens frågor och samverkansarbetets. Man fungerar som en sorts brobyggare, grundöppnare, konfliktlösare och trouble-shooter
- * därefter- **tiden efter projektet** - handlar ledningsgruppens uppgift om delvis andra saker. För det första handlar det om att se vilka lärdomar projektet har givit och hur dessa lärdomar ska kunna utnyttjas i ett vidare sammanhang – att skapa lärande. För det andra handlar det om att implementera projektets erfarenheter i de egna organisationerna. Och för det tredje handlar det kanske om att – i de fall projektet varit framgångsrikt och ska permanentas – skapa resurser och förutsättningar för detta.

I de flesta av dessa avseenden kan man säga att projektets ledning inte har fungerat tillfredsställande, möjligtvis med undantag för tiden före start. Detta har kommit till uttryck på flera olika sätt

- * **bristande förankring av projektet**, inte minst inom primärvården, vilket naturligtvis kan förklaras av att ledningen där varit upptagen med en eventuell avknoppning och privatisering. Men konsekvensen är att samspelet mellan projekt och vårdcentral inte fungerat så bra som man skulle kunna önska
- * Detta har skapat dels **legitimitetsproblem** både för projektledare och projekt men också varit en direkt broms i det konkreta **remitteringsarbetet** kring klienter.
- * det finns **svag framförhållning** kring arbetet för att planera för tiden efter projektet för att implementera och förvalta de lärdomar som projektet har givit

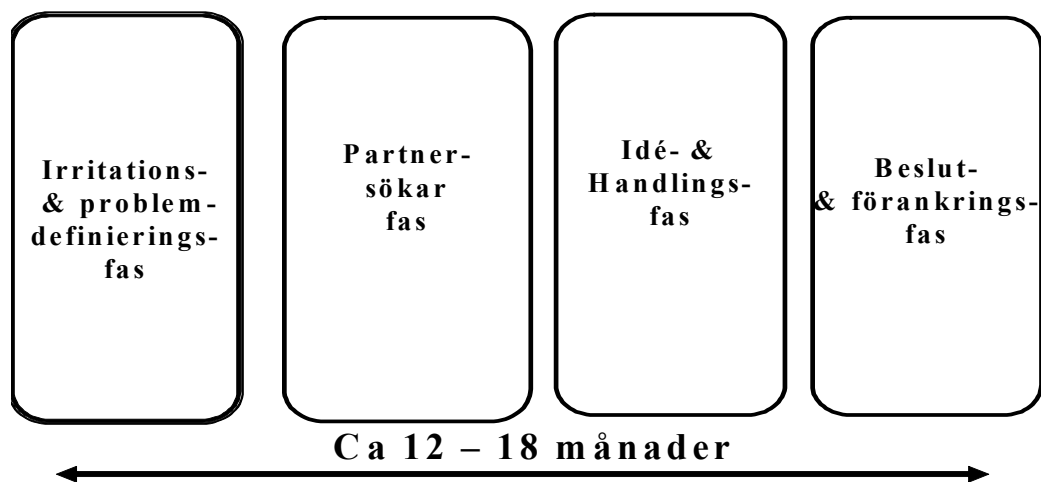
Dessa svagheter kan i värsta fall leda till att ett projekt som är organiserat och genomfört i stort sett enligt läroboken för samverkansprojekt inte får livskraft att leva vidare. Det är mycket angeläget att under 2003 involvera ledningen mera i projektet än tidigare skett.

5.5 Modellens framväxt

5.5.1 En modell för ett samverkansprojekts födelse

Då ett samverkansarbete växer fram sker födelseprocessen i flera olika steg ungefär som i figuren nedan. Vi tänker oss, i detta sammanhang, att idén om att inleda ett samverkansarbete föds bland handläggarna inom en organisation

ETT SAMVERKANSARBETES FÖDELSE



- * **i irritations- och problemdefinieringsfasen** konstaterar någon att ”så här kan det inte fortgå”. Vi måste göra något. Man funderar över hur problemet egentligen ser ut, varför uppstår det, vad är konsekvenserna och vem berörs. Detta är grunden att börja agera. Sakernas tillstånd är inte tillfredsställande och man kan **inte lösa den uppgift man har** i sin egen linjeorganisation på **egen hand**
- * **i partnersökarfasen** försöker man ta reda på vem mer än jag som har detta problem, tar kontakt med dessa och ser om man ser på problemet på ett likartat vis. Man ser vilkas tänkbara bundsförvanter som finns och vilka allianser som går att skapa. Man sonderar om tänkbara partners har en likartad grundsyn både på problemet och dess lösningar. Delvis handlar det också om att hitta fungerande personkemi. Kanske försöker man också i denna fas få stöd hos den egna ledningen för att ta tag i frågan
- * **i idé- och handlingsfasen** börjar man omvandla problemet till en första lösningsidé. Något måste göras, och om inte vi gör det, så kommer ingen annan heller att göra det. Hur skulle man kunna göra för att lösa problemet? Hur ska man kunna organisera sig? Vad vill vi uppnå, vem kan dra i frågan? Hur ska man hitta finansiering och hur ska vi gå vidare. Ofta slutar detta arbete med att man gör någon form av projektskiss
- * **i förankrings- och beslutsfasen** handlar det om att få den idéskiss man satt på papper att förankras bland berörda chefer samt få fram ett beslut och en finansiering av projektet. Men man måste också medvetet sälja in detta arbete och förankra det bland kollegor på hemmaplan, besegra den interna Jantelagen så att säga. Man måste också skapa resurser för arbetet och få en rimlig tidsram

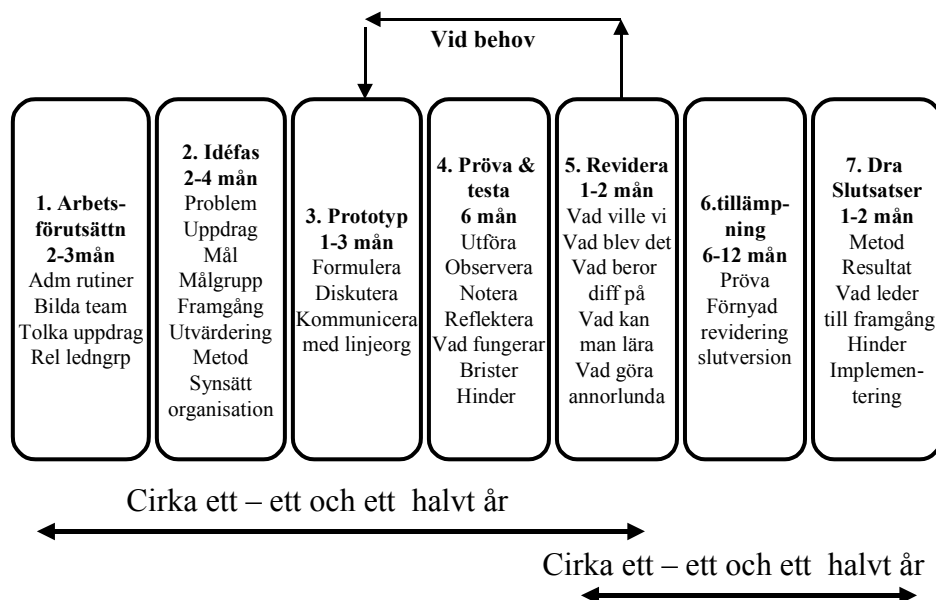
Stackenprojektet har även ur detta perspektiv i stora drag följt denna modell tämligen väl. Man får nog beskriva projektet som ett klassiskt och väl genomfört gräsrotsprojekt, där samtliga fyra faser ovan genomförts medvetet, systematiskt och med god fingertoppskänsla. Särskilt utmärkande har varit

- Omsorgsfull **analys och definition av samt samförstånd kring det problem man vill lösa**, inte bara på det synliga planet utan också vad avser bakomliggande orsaker och förklarande mekanismer
- * **tidigt partnerskap** mellan aktörerna på försäkringskassa och vårdcentral
- * en **omsorgsfull, långsiktig och medveten projektplan** där man tidigt identifierade både organisationsform och arbetsmodell för arbetet – man har sjungit ”långsamhetens lov” eller kanske insett att man når bäst resultat genom att **skynda långsamt**
- * mycket krut på **marknadsföring, legitimitet och dialog** med de berörda linjeorganisationerna före projektstart, vilket också ledde till att modellen förändrades något
- * en tvådagars **kick-off för all nyckelpersonal** för att sprida kunskap, skapa intresse och förankra arbetet

5.5.2 En modell för projekts uppväxt

Ett samverkansprojekts¹⁶ liv kan beskrivas på ett principiellt och teoretiskt något överförenklat vis med hjälp av nedanstående mycket schematiska struktur som beskriver sju olika projektfaser

Ett samverkansprojekts livsfaser



¹⁶ vi använder här beteckningen projekt för alla former av organiserat samverkansarbete. Det skulle lika gärna kunna ha formen av en arbetsgrupp, nätverk el. dyl.

I den första fasen handlar det helt enkelt om att skapa **konkreta arbetsförutsättningar**. Fixa lokaler, telefoner, datorer etc. Men det handlar också om att skapa ett team och tillsammans med detta team tolka och förstå innebörden av det uppdrag man fått samt att i samband med detta upprätta en dialog med den ledningsgrupp man har för projektet. Senast i detta skede gör man en tids- och arbetsplan för projektet. Det är mycket vanligt att både projektgrupper och i synnerhet ledningsgrupper underskattar de startfriktioner ett projekt möter.

I den andra fasen handlar det om att med utgångspunkt i den uppdragstolkning man gjort omforma detta till **en idé om hur man ska jobba** – ett koncept, en modell, en metod eller vad man vill kalla det. Man närmar sig nu så konkreta frågor som mål, målgrupp, hur man ska definiera framgång i projektet och vilka synsätt som ska präglar arbetet. Man upprättar också konkreta rutiner för hur arbetet inom projektet och samspel med omvärlden ska gå till. Ofta slarvar man i detta skede förbi en djupare analys kring flera av dessa viktiga frågor eftersom man ofta är handlings- och resultatorienterad och snabbt vill komma till skott. Värderingsfrågor och synsättsfrågor är ofta viktiga i detta steg.

I det tredje steget omvandlas allt detta till en sorts **arbetshypotes eller prototyp** för hur man vill jobba. Man tar fram en arbetsmodell. Denna är ofta mycket konkret en sorts step-by-step manual. Man tar fram olika blanketter och bestämmer rutiner och remitteringsvägar. Denna modell kommuniceras sedan med den omvärld med vilken man samspelar. Många gånger är det i denna fas svårt att tydligt kommunicera denna modell eller så glömmar man att göra detta vilket kommer att leda till friktioner och missförstånd i samspelet med omvärlden.

Det fjärde steget i denna process handlar om att **pröva och testa** den modell man utvecklat på ett tillräckligt stort och tillräckligt representativt urval av målgruppen. I denna process är det viktigt att inte bara hantera ärenden utan att skapa rikliga tillfällen att reflektera, analysera vad som leder till framgång och vilka hinder. Ett hjälpmedel som ofta glöms i denna fas är att konsekvent dokumentera de erfarenheter man gör.

I steg nummer fem handlar det om att stanna upp och med ett mer samlat grepp fundera över hur modellen som sådan fungerar och **vilka lärdomar man kan dra** av det man lärt sig så att man kan revidera modellen och dess tillämpning på de punkter där det känns meningsfullt. Ofta hoppar man helt över detta steg och missar därmed de inneboende möjligheterna till lärande i projektet.

Det sjätte steget handlar om att **i betydligt större skala pröva och testa modellen** och att i denna process naturligtvis vara öppen för de revideringar som man finner nödvändiga. Det man ofta glömmar i detta steg är att ständig ompröva och skapa möjligheter till lärande och utveckling i projektarbetet.

Det sjunde och avslutande steget handlar om att **dra slutsatser** och för uppdragsgivaren komma med förslag och idéer om hur projektets erfarenheter ska kunna utnyttjas. Som vi ser det övergår nu ansvaret för projektimplementering till ledningsgrupp/styrgrupp. Tyvärr kommer man alltför sällan fram till denna fas i de flesta projekt. Projektets alla dyrköpta erfarenheter tenderar att tappas bort.

Figuren är som alla teoretiska konstruktioner en överförenkling av verkligheten och de olika faserna glider naturligtvis in i varandra. Men vi tycker att den kan vara en meningsfull utgångspunkt då man ska diskutera ett projekts arbetsfaser och förlopp

Om vi jämför denna överförenklade modell med hur man arbetat i Stacken -projektet kan man tämligen enkelt se att man i huvudsak har tänkt och agerat på ett riktigt vis. Vår bild är att det är ungefär såhär man bör agera för att skapa framgång i samverkan. Man har genomlöst prototypfasen för modellen för de första 15 klienterna och reviderat modellen på några punkter, framförallt ärendemötena samt övervägt hur man ska förändra remitteringsprocessen så att den bli mer slagkraftig. Om vi därefter tittar på arbetet mera i detalj kan vi nyansera bilden en aning.

- * låt oss börja med **projektets tidsram** som mycket väl stämmer med modellansatsen ovan. Man har tillräckligt lång tid på sig för att både utveckla, pröva, revidera och gå över i rent tillämpningsarbete med modellen
- * det som kanske överraskar är att man **mycket snabbt börjar idéarbetet och arbetet med att utveckla en prototyp till rehabiliteringsmodell**. Redan under hösten 2001 innan det konkreta arbetet inleddes hade man tagit fram inte bara en konkret arbetsmodell utan också enkla vardagsredskap som ärendebblanketter, remitteringsblanketter för det konkreta klientarbetet. Modellen är också (vilket vi pekat på ovan) i stora drag rimlig utifrån de erfarenheter vi har. Detta är kanske en av projektets verkligt stora framgångar. Dessutom är modellen dokumenterad på ett bra och tydligt vis
- * man har också mycket **systematiskt och målmedvetet utvärderat**¹⁷ arbetet efter hand och med detta som grund gradvis utvecklat och reviderat det konkreta arbetet. Referensgruppen har i detta arbete spelat en viktig roll
- * vad som emellertid återstår är att tillsammans med ledningsgruppen ta ställning till frågan om **vad som händer efter projekttidens slut**. Erfarenheterna är goda. Arbetet ger goda effekter för berörda klienter. Allt talar alltså för att projektet som sådant borde permanentas och dess erfarenheter också tillvaratas inom andra områden och kanske för andra målgrupper

5.6 Begreppet framgång

5.6.1 Begreppet i allmänhet

Många samverkansaktiviteter har till uppdrag att både framgångsrikt utföra en massa åtgärder för en specificerad målgrupp och att i samband med detta utveckla en metod för detta. Ofta anges detta utan inbördes prioritering. Ibland inleds ett samverkansarbete för att skapa någon form av ”organisatorisk slaskratt” för alla omöjliga ärenden. Detta kan ställa till med en del problem.

Låt oss börja med att konstatera att de konkreta effekter ett samverkansprojekt förväntas uppnå inte alltid är glasklara. Många gånger kan man läsa projektbeskrivningar som i sin målformulering snarare räknar upp alla de **aktiviteter som ska utföras** än att precisera mål som ska uppnås. Man kan t.ex. ange som projektmål att alla klienter ska ha en handlingsplan, vilket i grund och botten inte är något mål utan en beskrivning av en aktivitet som ska utföras för att uppnå de mål man egentligen är ute efter.

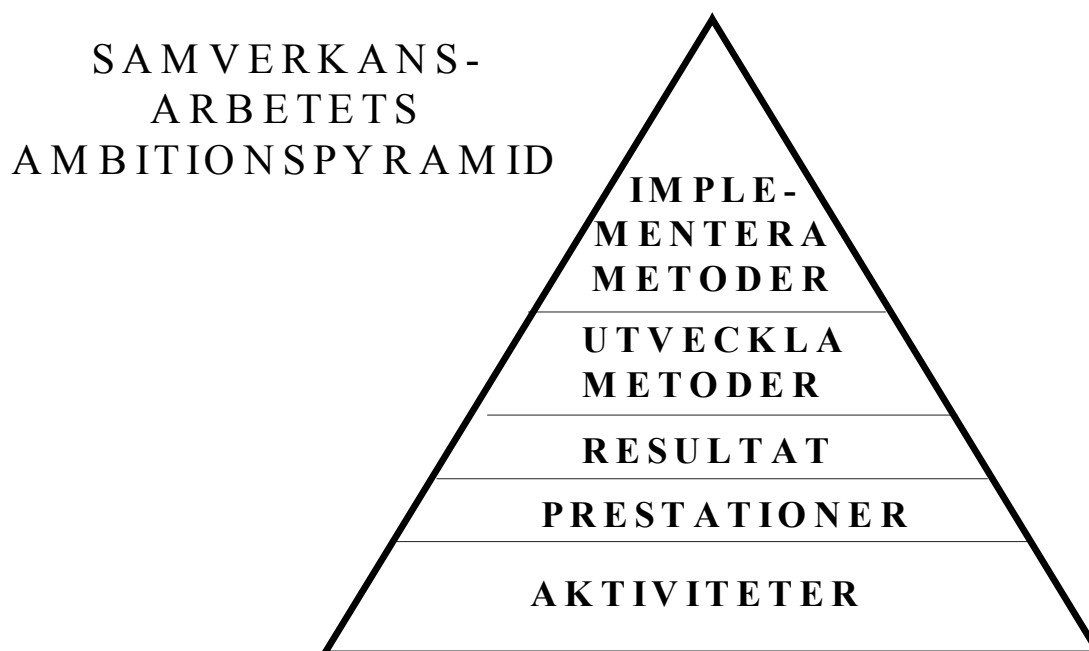
I något mer avancerade projektplaner anges **konkreta prestationer** som mått för de mål som ska uppnås t.ex.; 100 deltagare ska ha genomfört en rehabiliteringsprocess, 80 % av målgruppen ska ha påbörjat någon form av utbildning etc. Problemet med denna typ av mål är att de är just prestationer och inget annat. De talar om vad man utför med klienten, men **de säger inget om resultatet**. Fördelen är ofta att de både är lätta att ange och lätta att mäta. Nackdelen är att de kan vara mått på att man blivit ännu bättre än förr på att utföra fel saker.

Vad som egentligen är intressant är att **mäta och värdera resultat**. Hälsa, frihet från symtom, välbefinnande, minskade kostnader, bättre liv. Problemet med att mäta resultat är ofta att de är svåra att hitta en enhetlig definition kring. T.ex. vad är riktigt arbete, vad är förbättrad funktionsförmåga etc.

¹⁷ se t.ex. fallbeskrivning case 1 & case 2, projektledaren, november 2000

Men det finns ytterligare ett problem. Låt oss säga att vi lyckas med att på ett bra sätt i en samverkansaktivitet definiera resultat. Och låt oss till yttermera visso säga att man uppnått detta. Är då projektet framgångsrikt? Det beror på säger vi. Vi tror nämligen att en ännu högre satt ambitionsnivå i ett samverkansarbete **är att utveckla metoder**, dvs. att hitta konkreta arbetsformer och arbetsmetoder med vars hjälp man kan lösa problem. På detta sätt blir metodutveckling ett redskap för att i större skala, utanför det konkreta samverkansprojektet, komma vidare i samverkansprocessen.

Och en än högre ambitionsnivå är naturligtvis att få ett genomslag för detta i linjeorganisationernas ordinarie arbete – det vi brukar kalla **implementering av de utvecklade metoderna**. Det finns med andra ord en sorts ambitionshierarki för samverkansprojekt ungefär som i figuren nedan.



Nu kan man kanske tycka att detta är ett abstrakt och teoretiskt resonemang. Men så är det inte. I själva verket har detta högst betydande konsekvenser för ett samverkansarbete.

Om utveckling av metoder är huvudsyftet med ett samverkansarbete så betyder det att arbetet i projektgruppen får en helt annan tyngdpunkt än om man bara ska producera resultat. Det leder till att mycket tid måste läggas på att diskutera, analysera och reflektera kring de hinder man stöter på. Man måste avsätta tid för att beskriva och formulera metoden och dessutom att kommunicera den.

Men om dessa metoder också ska implementeras och genomföra kommer det att ha högst betydande konsekvenser för de som leder samverkansarbetet (ledningsgrupp, styrgrupp eller vad det kan kallas), eftersom en av deras viktigaste aktiviteter blir att skapa förutsättningar för och leda en sådan implementering.

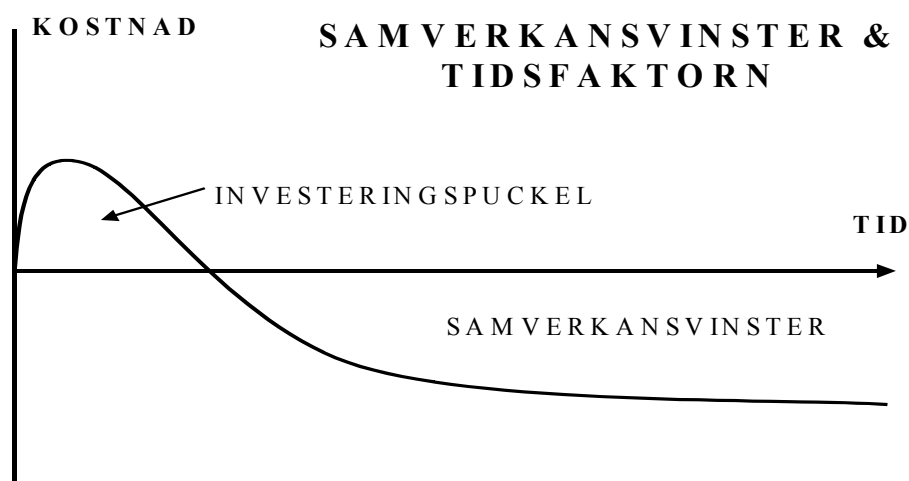
Men det har också i högsta grad betydelse för utvärderingen av projektet. Om metoden är det viktiga är det beskrivningen, förståelsen för och effekten av metoden som blir det viktiga att utvärdera. Om resultatet är det viktiga blir antalet lyckade klientärenden det som räknas.

5.6.2 Ett investeringsperspektiv på framgångsbegreppet

Tidsperspektivet är ofta avgörande då man ska studera insatser av den typ som görs i ett samverkansprojekt. **Kostnaderna för en sådan process är säkra, omedelbara och ofta avläsbara i konkreta budgetsiffror. Intäkterna är ofta långsiktiga, osäkra och diffusa.**

Personer som ska rehabiliteras har stundtals vård- och rehabiliteringsbehov som är både komplexa och långsiktiga. Det finns en betydande risk att kortsiktiga insatser och alltför snäva perspektiv inte bara leder till ett sämre liv för de berörda klienterna. Insatserna blir dessutom ineffektiva och onödigt dyra.

Men man måste alltså bestämma **med vilket tidsperspektiv man ska utvärdera verksamheten**. Ett alltför kort tidsperspektiv leder nästan undantagslöst till att man enbart studerar kostnadseffekterna för den egna organisationen och missar alla övervältrings- och omfördelningseffekter som i ett andra varv kommer att slå tillbaka på den egna organisationen. Dessutom kommer de eventuella vinster som uppstår alltid att se ut att bli små eller obefintliga. Ett alltför långt tidsperspektiv tenderar att göra vinsterna för abstrakta och stundtals administrativt ointressanta. Detta visas i nedanstående figur som illustrerar en tänkbar hypotes kring effekterna av Stackenprojektet



Hypotesen är att insatserna **inledningsvis leder till en kostnadsökning**, en form av investeringspuckel¹⁸ Orsakerna är ganska självklara. Under denna period kommer klienten att få de insatser utförda som tidigare kanske inte har utförts. Detta leder till **en kostnadsstegring**.

Vinsterna av detta arbete inträffar först i ett andra skede, men är i regel desto större och sträcker sig över en längre tidsperiod. De bakomliggande orsakerna är att i takt med att man erhåller en samordnad insats kring klienten kommer han att må allt bättre och bättre han kommer då att behöva mindre sjukvård, mindre sjukersättning och öka sin egen försörjningsförmåga och skattekraft.

¹⁸ denna investeringspuckel har vi mött i ett stort antal utvärderingar av samverkansprojekt. Allt från äldre patienter med stroke, via personer med diffusa rygg-nackproblem till personer med psykosociala arbetshinder och psykiskt funktionshinder

Av detta principiella resonemang går det lätt att förstå att **valet av tidshorisont är avgörande då man ska studera framgång i arbetet med Stacken**. Vilken tidshorisont som väljs är inte självklart. Det beror faktiskt på vad jag vill studera.

Man bör också då man tittar på tidsfaktorn bestämma sig för om man har **ett investerings- eller ett kostnadsperspektiv på begreppet framgång**. För att få en samverkansvinst i rehabiliteringsarbetet, får man ju i regel **inledningsvis ta en investeringskostnad**. Är man inte beredd att ta denna **puckeleffekt av kostnader** för att erhålla framtida intäkter, kanske man ska avstå från att ge sig in i ett samverkansarbete.

Därför är ledningsgruppens roll helt central i denna typ av arbete. Endast ledningsgruppen har möjlighet att både ha detta perspektiv och ge detta synsätt legitimitet att gå bortom ettårsbudgetens tidshorisont.

5.6.3 Framgång – ett räkneexempel ¹⁹

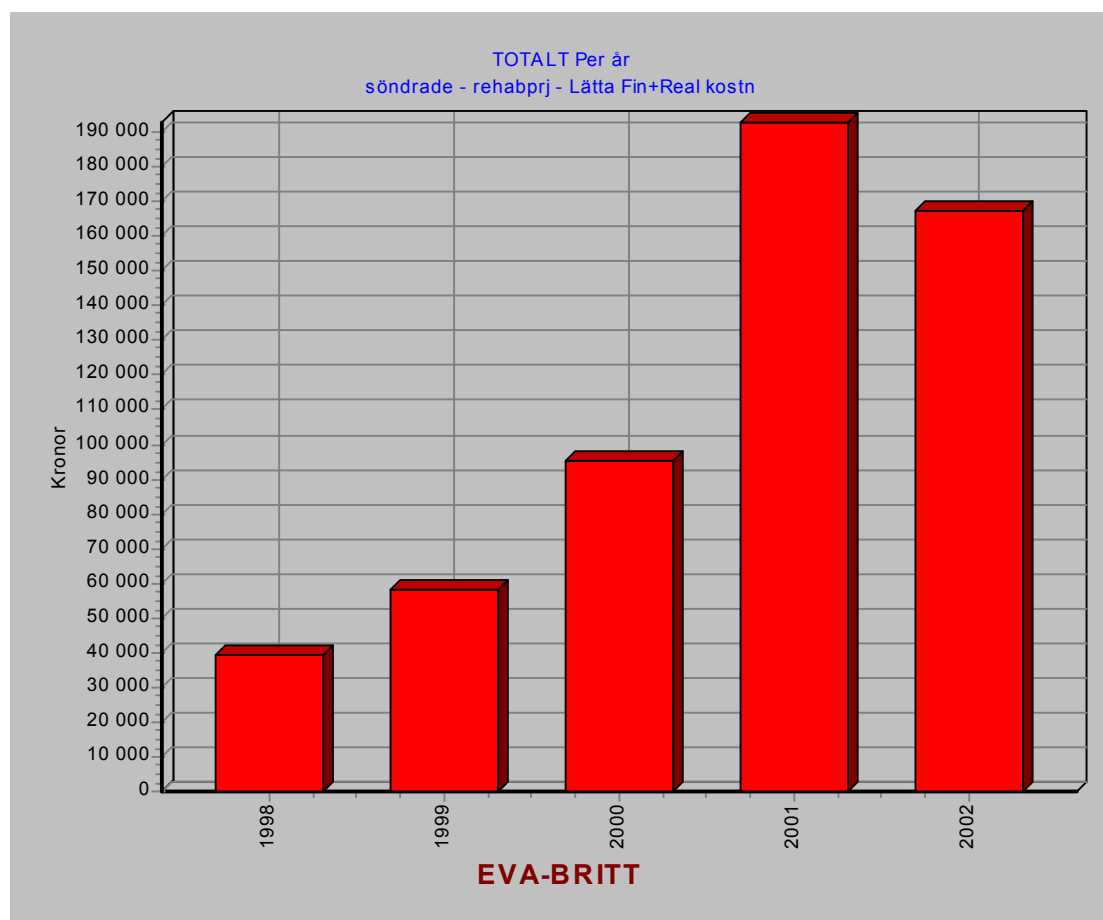
Då man närmar sig ett projekt som Stacken kan det vara av intresse att ha en bild av problemets omfattning för att ha detta som bakgrund då man ska ta ställning till projektets framtid. Vi har i andra sammanhang haft i uppdrag att värdera de ekonomiska effekterna av framgångsrik rehabilitering för målgrupper liknande den som Stackenprojektet är avsett att möta. Då vi studerade vinsterna för det så kallade rehabprojektet i Södertälje fann vi ett antal intressanta effekter på en femårsbasis för personer som befinner sig i åldersintervallet 30-40 år.

Diagrammet nedan visar **de årliga samhällsekonomiska vinsterna av en framgångsrik rehabiliteringssamverkan för en sådan person**²⁰. Om vi för ett ögonblick betraktar rehabilitering som ett investeringsprojekt borde vinsterna i början vara små för att sedan stiga. Detta är precis vad vi ser i figuren nedan. Om vi tar den genomsnittliga vinsten för de två sista åren – dvs. **då effekterna av rehabprocessen fått fullt genomslag - uppgår den till cirka 180.000 kronor per år**. Om detta värde är någorlunda stabilt och man extrapolerar, skulle man kunna säga att varje år från och med 2003 och framåt leder effekterna av rehabprojektet till en årlig vinst för de fyra ingående aktörerna på cirka 180.000 kronor. **På 21 års basis (dvs. tiden fram till den kalkylerade personens ålderspension) leder detta till en samhällsvinst på cirka 3.780.000 kronor**. Nu får man vara försiktig med denna typ av extrapoleringar, men de kan ändå vara av ett visst intresse att ha som ett någorlunda kvalificerat räkneexempel för den lyckade rehabiliteringens samhällsekonomiska effekter.

Vad som kanske är ännu mer intressant i figuren nedan är att projektet redan från år ett leder till ett överskott – ett överskott på cirka 40.000 kronor. **Dvs. investeringskostnaden för projektet är (vid framgång) återbetald redan inom den första 12-månadersperioden**, vilket kan vara av ett visst intresse för den som tänker i ettårsbudgetperioder.

¹⁹ detta avsnitt baseras på rapporten Eva-Britt Larsson, en ekonomisk analys av rehabprojektets effekter, Nilsson, & Wadeskog, 1999-11-30 (rapporten återfinns i sin helhet på www.seeab.se)

²⁰ kalkylen är gjord med vår datoriserade kalkylmodell KALAS med vilken vi kalkylerar cirka 130 olika parametrar för samtliga ingående myndigheter allt från förändrade skatteeffekter, BNP-bidrag och minskad offentlig försörjningsbörda till reducerad vårdkonsumtion.



Ett annat sätt är att studera effekterna av en lyckad rehabiliteringssamverkan i tre tidsdimensioner och fördelat mellan olika myndigheter. Det första året, för en femårsperiod samt för de resterande 21 åren till ålderspension. Vi får då följande siffror.

	1 år	5 år	21 år ²¹
Fk	+5.000	232.000	1.700.000
Kommun	-30.000	134.000	500.000
Landsting	+65.000	270.000	300.000
AMS	+/- 0	-85.000	???
Totalt	40.000	553.000	3.700.000 ²²

²¹ För kommun och landsting har vi i denna kolumn valt att göra skattningar som ligger grovt i underkant. För Fk baseras kalkylen på rimlig kostnad för förtidspension eller sjukbidrag

²² Denna summa utgör ej summan av de ingående tabellvärdena utan är hämtad från den extrapolering som är gjord tidigare i vår text

Nu måste man vara utomordentligt försiktig med denna typ av tabeller. Se den i första hand som ett räkneexempel och ett tänkbart underlag då beslut ska fattas om ett rehabiliteringsprojekts framtid, inte som en exakt kostnadsredovisning. Men den kan ge oss en tankeställare kring problemets ekonomiska vidd. Om vi samtidigt betänker att denna målgrupp kan omfatta allt mellan några hundra upp till kanske över ettusen personer i Nynäshamn, blir slutsumman kring de potentiella samhällsvinsterna svindlande, vi hamnar i storleksordningen 1–4 miljarder kronor. Enbart i Nynäshamn.

För att göra det hela konkret hade i början av 2003 14 st. Klienter genomlöpt hela Stacken-processen. Av dessa hade 9 återgått till jobb eller arbetsträning på deltid eller heltid. En utomordentligt försiktig skattning av detta (med utgångspunkt i kalkylen ovan) innebär att **på årsbasis är den samhällsekonomiska vinsten** för de berörda myndigheterna någonstans **i intervallet 1-2 miljoner kronor. Vinsten som därefter kommer att fortsätta att ticka in år efter år med ungefär samma belopp som en långsiktig avkastning på den rehabinvestering Stacken utgör.**

5.6.4 Framgång och Stackenprojektet

På vilket sätt har då dessa resonemang betydelse för Stackenprojektet? Låt oss börja med att konstatera att denna utvärdering inte haft som huvudsyfte att värdera projektets resultat. Icke desto mindre har vi under arbetets gång kunnat konstatera vilka resultat som går att observera utan särskilt stora ansträngningar. Låt oss då använda oss av ”ambitionspyramiden” vi utgick från tidigare

- * då det gäller att utföra **rätt aktiviteter och utföra rätt prestationer** råder ingen som helst tvekan om att man nått sina mål såsom de är formulerade i uppdraget. Man har snabbare bedömningar, man har kortare handläggningstider, man har en allsidig bedömning av patienten och man lyckas med att få patienten delaktig i processen
- * man tycks också **nå de avsedda resultaten** genom att man minskar försörjningsbördan för samhället, förkortar sjukskrivningstiderna och får tillbaka individer till arbete och minskar rundgången i de offentliga systemen
- * då det gäller att **utveckla en arbetsmetod** som är effektiv och genomtänkt samt dokumenterad har man också lyckats väl.

I dessa avseenden är projektet **entydigt en ”succes story”**. Men det är två områden där man av olika skäl lyckats mindre bra

- * man har **inte lyckats** särskilt väl med att få **projektets tankar implementerade** i den egna organisationen och framförallt inte lyckats med att ge detta genomslag inför framtiden.
- * man har **inte fått upp patientvolymen** riktigt till den nivå man kanske hade önskat både för egen räkning och som ett sätt att manifestera framgång utåt. Detta beror dels på de remitteringsvårigheter man haft under projektets första år och dels på den flaskhals på kuratorssidan man kan se inför framtiden

Det återstår fortfarande ett knappt år av projekttiden. Det förefaller viktigt att under denna tid ta tag i dessa båda frågor.

6. FÖRSLAG PÅ KOMMANDE STEG

6.1 Grunden

Den övergripande slutsatsen av denna utvärdering är att **Stackenprojektet är en framgångsrik verksamhet** för att rehabilitera i samverkan, som byggt vidare på många av de goda erfarenheter av samverkan som finns tillgängliga. Man har utvecklat en metod samt förefaller vara på väg att uppnå samt har i viss mån redan uppnått goda resultat både för den enskilde klienten, vård- och rehabpersonal, de berörda organisationerna samt samhället i stort. **Framgången är både på det mänskliga planet samt myndighets- och samhällsekonomiskt sund.**

Därför är naturligtvis vårt huvudförslag att man efter projektiden **bör bygga vidare på dessa erfarenheter och göra detta som ett permanent inslag i den ordinarie verksamheten.** För att detta ska bli framgångsrikt och långsiktigt uthålligt erfordras att man gör vissa saker; inne i projekt, i ledningsgruppen, i samspel med de egna organisationerna samt på sikt försöker påverka ersättningssystem och styrsystem i landsting och försäkringskassa. Våra förslag beskrivs i punktform nedan.

6.2 Inne i projektet

Inne i själva projektet löper arbetet väl, men det finns några saker som kan ge arbetet ännu mera fart

- * kuratorstiden är en av flaskhalsarna. De klienter som kommer till Stackenprojektet är i så hög grad bärare av det man skulle kunna kalla "socialmedicinska problem" att man starkt bör överväga om man kan få medel till **ytterligare en kuratorstjänst**
- * i viss mån tycks även ett likartat förhållande föreligga då det gäller **viss kompetens inom sjukgymnastikområdet**
- * man bör också på sikt överväga om man kan **vidga och/eller modifiera målgruppen** så att man på så sätt kan få en större genomströmning av patienter i projektet, vilket i sin tur föder frågan vad som är en rimlig målsättning i antal patienter per år i ett projekt av detta slag
- * det finns också i det konkreta projektarbetet målgrupper och problemområden där personalen idag upplever sig ha brist på kunskap om vad som är rätt väg för att nå goda rehabiliteringsresultat (utmattningsdepression och utbrändhet är ett sådant område). För att på sikt lyckas med dessa problem krävs **fortsatt kompetensutveckling**

6.3 Omvärlden och moderorganisationerna

Det finns ett stort behov av att få **ännu bättre samspel mellan projektet och de båda moderorganisationerna**

- * då projektet inleddes genomfördes med gott resultat fler olika förankringsseminarier. Det är nu dags att på nytt **genomföra sådana förankrings- eller utvecklingsseminarier.** Dels för att sprida kunskap om projektet och de metoderfarenheter man gjort, dels därför att en stor del av personalen är nyanställd

- * man bör också överväga om man kan **skapa en remitteringsprocess** där även andra aktörer såsom **kurator och sjukgymnast** får en roll i att upptäcka och aktualisera patienter till projektet för att på så sätt komplettera läkarkompetensen och skära bort en flaskhals i arbetet

6.4 Projektets inre ledning

Projektet har under hela projekttiden haft det delade projektledarskapet som motor i processen. Hålla i frågor, driva metodfrågor, kalla till möten med referensgrupp, marknadsföra etc. Rollen att driva arbetet framåt upphör inte i och med att projektet inlemmas i ordinarie arbete tvärtom blir det extra nödvändigt. Erfarenheten säger att det finns två saker man bör göra för att vidmakthålla processen

- * **utse process- eller verksamhetsansvariga** för det fortsatta utvecklings- och driftsarbetet, med uppgift att driva, utveckla och dokumentera arbetet
- * ge dessa processledare samt de som arbetar i projektet framöver **regelbunden metodhandledning** i hur man driver och utvecklar samverkansprojekt (kanske 2-4 ggr per termin under 1-2 år)

6.5 Ledningsgrupp

Ledningsgruppen har varit projektets akilleshäl av skäl vi förklarat i rapporten. Om implementeringsarbetet som vi här föreslår ska lyckas krävs några olika saker

- * för det första måste **ledningsgruppen ta en mer aktiv roll** för att driva (formulera mål, definiera målgrupp, prioriteringsbeslut, resursbeslut etc.), förankra och legitimera arbetet
- * för det andra måste ledningsgruppen göra någon form av **implementeringsplan** för hur projektet ska kunna permanentas
- * detta förutsätter att **finansieringsfrågorna löses** både på kort och lång sikt
- * för det fjärde kanske ledningsgruppen bör fundera på om denna framgångsrika modell kan **tillämpas inom andra områden** och för andra målgrupper då det gäller komplex rehabilitering

6.6 Styrsystem och framgångsmått

Det mest avgörande externa hindret för att driva och utveckla detta projekt är **de ersättningsystem och de nyckeltal** som används för att mäta framgång och betala olika insatser inom landstinget och försäkringskassan. Lite tillspetsat är det så att ju mer framgångsrikt man bedriver rehabilitering i denna typ av modell, ju större underskott tenderar man att få i vårdcentralens kortsiktiga budget och ju sämre nyckeltal får man i de framgångsparametrar man använder sig av inom försäkringskassan. Detta trots att Stackenprojektet såväl medicinskt som myndighetsekonomiskt sannolikt är en mycket god affär, bara vi tittar utanför de snäva ersättningsystem och ettårsbudgeten.

- * därför föreslår vi att man låter göra **en resultatutvärdering** som beskriver de övergripande **myndighetsekonomiska och samhällsekonomiska effekterna av Stackenarbetet**. Syftet med en sådan studie skulle vara att visa dels vilka ekonomiska effekter projektet har och dels vara ett underlag för att diskutera ersättningsmodeller och styrsystem med olika finansiärer och uppdragsgivare