

**Rapport**  
2021-03-29

**Robin Ahlm, Processtöd i Samordnad Hälsa, Vård och Omsorg**  
Telefonnummer: 0500-49 72 68  
E-post: [robin.ahlm@skaraborg.se](mailto:robin.ahlm@skaraborg.se)

---

# Rehabfrågan

## -En fråga för sig?

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Inledning.....	3
Metod.....	3
Figur 1 – Upplevd frekvens av samverkansbrister .....	3
Resultat.....	4
Hjälpmedel och beställning av dessa .....	4
Sjukhusets arbete och förväntningar på dem .....	4
Utskrivningsklar och planering .....	5
Sekreteress och vårdval .....	5
Arbetet utanför sjukhuset – lokal samverkan .....	5
Rehab-superkontaktombudens slutsatser .....	6
Diskussion, åtgärder och medskick från SHVO.....	6
Slutsatser .....	7
Figur 2 – Frågans komplexitet .....	7

## Inledning

Samordnad Hälsa Vård och Omsorg (SHVO) är en arbetsgrupp under Vårdsamverkan Skaraborg som hanterar frågor om SAMSA, SIP, NPÖ, öppenvårdsprocess och slutenvårdsprocess. Samtliga punkter är starkt knutna till informationsöverföring mellan vårdgivare. Gruppen fördjupar sig vid behov i frågor som kan komma från andra delar av vårdsamverkansstrukturen, såsom samverkansgrupperna, styrgruppen och andra dialogforum.

Under hösten 2020 kom en fråga till SHVO från beredningsgruppen där skav i processen rörande rehab lyftes. Dessa skav var dels att rehabpersonalen kom in för sent i processen, dels lyftes ökade kostnader för hjälpmedelsförskrivning över alla parter. Att kostnaderna kom sig av en ökad akutbeställning antogs bero på svårigheter runt rehabpersonalens del i samverkan. SHVO fick ett uppdrag att utreda denna och komma med förslag på lösning.

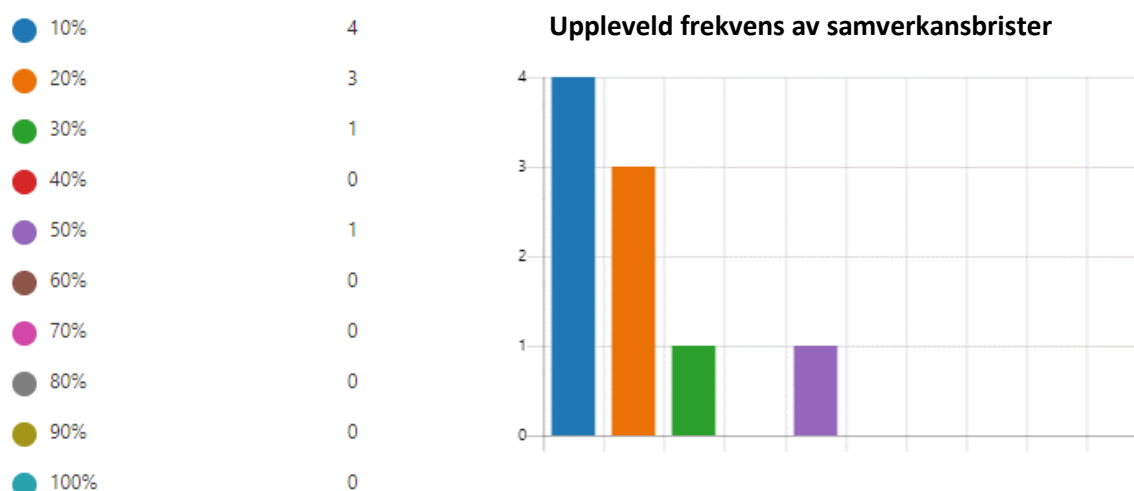
Processtöden i SHVO hade då redan sett att det fanns så kallade "skav" i processen för rehabs del och planerat ett möte under våren 2020, som sköts på framtiden på grund av pandemin.

## Metod

Inom förvaltningsorganisationen för SHVO finns superkontaktombud från varje part. Processtöden i SHVO bjöd in de superkontaktombud som arbetade inom parternas rehabverksamheter till ett digitalt möte i december 2020. Mötet hade föregåtts av en enkät som ställde frågor om hur problemet med rehabrelaterade frågor i samverkan upplevdes, vad som skulle kunna förbättra samverkan samt en direkt fråga om hur man uppfattade för och nackdelar med en förändring som SHVO:s processtöd diskuterat på förhand. Förändringen handlar om vem som lägger till primärvårdsrehab i SAMSA i slutenvårdsprocessen och avhandlas längre ned.

En fråga som ställdes i enkäten var hur stor andel av SAMSA-ärenden de uppfattade att det förekommer samverkansbrister som exempelvis påverkar patient eller allvarligt påverkar arbetsmiljön. Svaren fördelar sig enligt tabellen nedan.

Figur 1 – Upplevd frekvens av samverkansbrister



Superkontaktombuden upplevelse är att merparten av alla ärenden saknar samverkansbrister.

# Resultat

Följande stycke är en sammanställning av vilka ämnen som behandlades i dialogen med superkontaktombuden inom rehab. Det har kategoriserats i fem kritiska faktorer:

- Hjälpmedel och beställning av dessa
- Sjukhusets arbete och förväntningar på dem
- Utskrivningsklar och planering
- Sekretess och vårdval
- Lokal samverkan

Nyckelord i kursiv stil indikerar att de behandlas under en annan rubrik och visar därmed på frågans komplexitet.

## Hjälpmedel och beställning av dessa

En ingång i att utreda hela rehabfrågan var att parterna upplever kostnadsökningar för akutbeställda hjälpmedel. Superkontaktombuden upplever krav om att undvika akutbeställningar på grund av kostnaden. De ska samtidigt hantera vad som upplevs som korta vårdtider för patienter i slutenvård. Vid de korta vårdtillfällena hinner inte information överföras i tid, och ibland inte alls, för att primärvårdens och kommunens personal ska hinna förbereda eventuell utprovning, installation och dylikt i patientens hem. Hjälpmedelsfrågan kompliceras ytterligare av att det finns en formulering i den sedan tidigare framtagna rehabkedjan om vad som är nödvändiga hjälpmedel. Där framgår att det även kan innefatta en tillfällig, säker lösning för att den enskilde ska klara sig i hemmet. Superkontaktombuden upplever att kunskapen om detta förfarande ute i verksamheterna är varierande. Patienter ska alltså kunna skrivas ut från sjukhus utan att det optimala hjälpmedlet är på plats. Det är även flera som anför att man kan ha en dialog med varandra och ibland leder det till att ett hjälpmedel kan följa med hem från sjukhus och följas upp av primärvårdsrehab eller kommunen. En tydlig sammanstrålning av olika problemområden kommer från en kommunrepresentant som inte har mycket akutbeställningar då hon är på "sin vakt och kollar igenom inkorgsflödet i SAMSA dagligen. Hon funderar såklart över *sekretess* men det blir också mest en massa namn som fladdrar förbi, som hon inte kan lägga på minnet. På så vis är deras kommun mer på tå vad gäller *planeringen*.

## Sjukhusets arbete och förväntningar på dem

Sjukhusets rehabpersonal träffar inte alla patienter som passerar slutenvården, inte heller alla patienter som har ett behov av hjälpmedel. Det finns patienter som har en kort vårdtid och samtidigt har ett hjälpmedelsbehov som kanske har uppstått gradvis över tid. Mobilisering och bedömning av funktionsstatus sker oftast på respektive avdelning av den personal som jobbar där och det är sällan av värde för patienten att rehabpersonalen gör en bedömning tidigt under vårdtillfället. Det är också stor risk att den bedömningen skulle vara inaktuell när patienten kommer hem. Rehab på sjukhuset har ett uppdrag att identifiera behov hos patienten och dokumentera det i planeringsmeddelandet, vilket inte alltid kan likställas med bedömning av funktionsstatus, mobiliseringsbehov och bedömning eller utprovning av hjälpmedel.

Superkontaktombuden uttrycker att de har förståelse för varandra i denna fråga. De ser att det kanske är mer bekymmersamt att nå fram till avdelningspersonal om vilka patienter som de ska

koppla in slutenvårdens rehabverksamhet på. Detta uppstår ofta som bekymmer om patienten vårdas på "fel" avdelning, det vill säga att personalen inte har "rehabglasögonen" på sig för den aktuella diagnosgruppen.

## Utskrivningsklar och planering

Korta vårdtider på sjukhus medför svårigheter att planera, särskilt när man inte upplever att man kopplas in i tid. För rehabpersonal utanför sjukhuset upplevs flyttade datum för planerat utskrivningsklar som ett stort bekymmer, eftersom man kan ha gjort arbete för hemtagning till en viss dag, och sedan flyttas detta med kort framförhållning. Slutenvårdens rehab upplever också detta som ett problem och har svårt att nå fram internt med att även deras insatser ska beaktas i sammanvägningen av det planerade utskrivningsdatumet.

## Sekretess och vårdval

I den nya samverkansanvisning som SHVO tagit fram är det allas ansvar att lägga till vald primärvårdsenhet i ett SAMSA-särende. Detta diskuteras under dialogen med superkontaktombuden. Frågan som uppstår är hur vårdcentralens eller slutenvårdens sjuksköterska ska veta vilken rehabmottagning patienten valt? En helt osorterad "utifall att"-hantering skulle vara ett problem ur sekretesssynpunkt och det är inte allmänt känt på vårdavdelningarna hur val av rehabmottagning fungerar. Slutenvården har sedan innan påtalat flertalet gånger att kommunen vidareänder information till många inkorgar och känslan är att det är väldigt många som får "all" information som finns om en patient i SAMSA. Samtidigt beskrivs det som en framgångsfaktor för den kommunrepresentant som är "på tå" runt alla *planeringar*

## Arbetet utanför sjukhuset – lokal samverkan

Kommunernas representanter beskriver förseningar i den egna processen eftersom de inte vet om det blir en kommun- eller primärvårds-patient vilket påverkar *hjälpmedelsförskrivningen*. Samverkan lokalt mellan de olika parterna lyfts fram som framgångsfaktor, på många håll fungerar detta mycket bra. Det kan till exempel vara så att det hålls lokala team-möten runt SAMSA-översikten där primärvårdsrehab, vårdcentral och kommunens sjuksköterska, rehab samt biståndsbedömare medverkar. På vissa håll lägger vårdcentralens sjuksköterska till rehabmottagning på de ärenden där man ser ett behov av bedömning. Det kan även ske när någon på vårdcentralen vet om att det finns pågående rehabkontakt. På de mottagningar som får den hjälpen upplevs det positivt att kunna följa ärendet även innan patienten bedömts av slutenvårdens rehab. Här är åter *sekretess och vårdval* en fråga för diskussion men också huruvida alla rehabmottagningar ser detta som en fördel då *planering* inte alltid mynnar ut i att rehabinsats är aktuellt.

## Rehab-superkontaktombudens slutsatser

- Varje ärende är unikt och man får kontakta slutenvården om det blir svårigheter att hinna i tid eller behöver mer information.
- Kommunikationen viktigast. Funkar inte SAMSA/kommer ej svar får man ta till telefonen.
- Mycket viktigt att sopa framför vår egen dörr inom organisationerna så att man har ett vattentätt samarbete där.
- Den lokala samverkan är en framgångsfaktor på många håll där man fått det att fungera.
- Viktigt att Aktivitet och Funktionstillstånd i Planering följs och uppdateras eftersom det blir ett bra underlag oavsett om patienten hör till primärvård eller kommun

## Diskussion, åtgärder och medskick från SHVO

SHVO ser att "rehabfrågan" i verkligheten inte är *en* fråga och definitivt inte en *separat* sådan. Den är flera underprocesser i det som brukar kallas in- och utskrivningsprocessen och således sammankopplad med de många processer som hör till denna. Det gör att det är komplext att tala om resultat och slutsatser runt just denna fråga, även om denna rapport är ett försök till just det. De identifierade "kritiska faktorerna" sitter på ett intrikat sätt ihop och skapar händelsekedjor. Det mest utmärkande exemplet är svårigheten att parera flyttade utskrivningsdatum på grund av ledtider för hjälpmedelsbeställning och att rehab-delen inte tas i tillräckligt stort beaktande när utskrivningsklar bestäms/flyttas/skickas. Detta bidrar i sin tur till akutbeställningar och stress hos personalen. Försök att få ut information i tid påverkas av sekretess och vårdval.

Sedan mötet med superkontaktombuden har SHVO beslutat om en samverkansanvisning som ska göra att alla parter hjälps åt att lägga till primärvårdsrehab i rätt ärenden. Förhoppningen är att på det sättet få med rehabmottagningen tidigt i processen i de fall de redan är involverade i ett patientärende. Ett ytterligare steg skulle kunna vara rutiner hos all personal i respektive part, i synnerhet SkaS, att konsekvent tillfråga alla patienter om vald rehabmottagning, men även detta är kopplat till en oro om en kraftig ökning av ärenden till rehabmottagningarna. Den kraftiga ökningen av ärenden skulle bero på att de tror sig få flera som kanske inte behöver rehab-insatser eller blir föremål för kommunal hälso- och sjukvård. Detta med en ökad arbetsbelastning till följd. Att även låta avdelningspersonal, som inte är bevandrade i reglerna för vårdval rehab, vara aktiva i att lägga till mottagningar ser man med viss oro på.

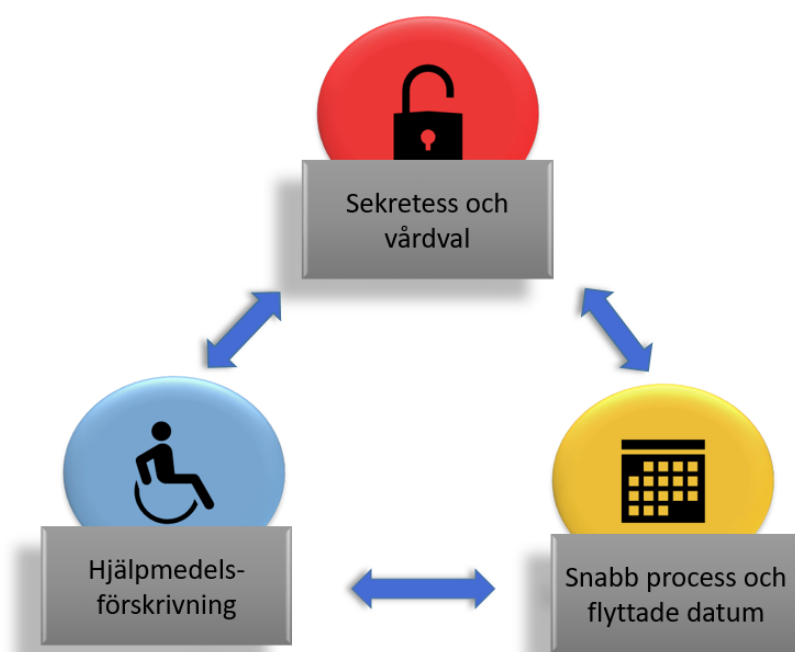
Om en rehabmottagning, som ju finansieras av VGR, inte är redo att ta emot hemma har detta som konsekvens att sjukhuset inte kan trycka utskrivningsklar, eftersom det skulle belasta kommunen. Detta är inte väl känt bland personal i någon part samtidigt som det också kan skapa en otydlighet kring om slutenvården verkligen är redo att skriva ut patienten. Det har hittills därför bedömts mer optimalt att i de enstaka fall denna brist skapat felaktig betalberäkning kunna justera det i efterhand.

SHVO ser att förbättringsarbetet som inletts på SkaS runt planerade utskrivningsdatum och informationsöverföring kommer leda till förbättrad arbetsmiljö även för rehabpersonalen och möjligtvis minskade akutbeställningar. Vi vill dock påtala att alla kostnader för akutbeställning *inte* skulle försvinna även om dessa datum sköttes perfekt. Vi har ju i Skaraborg en leveranstid för hjälpmedel som i många fall överstiger vårdtiden. Detta är ju att betrakta som ett önskat läge och SHVO kan bara hoppas att processer som finns idag finjusteras för att bättre stämma in med de konsekvenserna som lag, riktlinje och rutin ger.

## Slutsatser

- Flyttade utskrivningsdatum är ett stort orosmoln för rehabpersonalen
- Rehabpersonalens upplevelse är att vårdtiderna är korta och att det påverkar deras arbete och att ledtiderna för beställning av hjälpmedel många gånger är längre än vårdtider
- Sekretess och vårdval återkommer i hela dialogen
- Oklar gränssnittsdragning i lokal samverkan gör det svårt att planera åtgärder i ett tidigare skede.
- Patientens resa mellan flera avdelningar gör att bedömningen om planerat utskrivningsklar görs om flera gånger under vårdtiden

Figur 2 – Frågans komplexitet



Många frågor påverkar rehabpersonalens arbete.