

CHALMERS



Rätt patient på rätt plats

- En undersökning av förväntade effekter vid införandet av en rehabiliteringsavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Matching Patients and Care

- A study of expected outcomes from establishing a rehabilitation ward at Sahlgrenska University Hospital

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

LINNÉA ANDERSSON

ERIK GALLON

FILIP HÖGLUND

VICTOR PERSSON

MÅNS TANGVALD

ANNE TARNOW HÅKANSSON

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelningen för Service Management and Logistics

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2017

Kandidatarbete TEKX04-17-13

Förord

Denna kandidatuppsats skrevs under vårterminen 2017 på sektionen för Industriell ekonomi vid Chalmers tekniska högskola. Studien initierades av Sahlgrenska Universitetssjukhuset och genomfördes under handledning av Erik Eriksson, forskare på avdelningen *Service Management and Logistics* och *Centre for Healthcare Improvement*.

Vi vill ta tillfället i akt att rikta ett stort tack till Åsa Sand, verksamhetschef för arbets- och fysioterapi samt Åsa Lundgren Nilsson, verksamhetschef för neurosjukvården, för deras hjälpsamhet i handledning, förmedling av kontakter och djupgående kunskap. Ytterligare ett tack till all personal och alla patienter för att ni ställt upp på intervjuer för att bidra till studien.

Slutligen vill vi ge det varmaste tack till Erik Eriksson, handledarnas handledare, förebildernas förebild och vår nyfunna vän. Tack för att du alltid gjort ditt yttersta för att med enkelhet och tydlighet ge alla våra frågor och funderingar vägledande svar.

Chalmers tekniska högskola
Göteborg, Sverige
12 maj 2017

Linnéa Andersson
Erik Gallon
Filip Höglund
Victor Persson
Måns Tangvald
Anne Tarnow Håkansson

Sammanfattning

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns idag medicinskt färdigvårdade patienter med ett rehabiliteringsbehov som vårdas på akutvårdsplatser. Att dessa patienter fortsatt vårdas på akutvårdsplatser leder till försämrad matchning mellan vård och vårdbehov, samt en lägre tillgänglighet på akutvårdsplatser för andra patientgrupper. I en internrapport av Sahlgrenska Universitetssjukhuset från 2012 identifierades en potentiell lösning till problemet i form av att inrätta en särskild rehabiliteringsavdelning med fokus på att erbjuda, främja och uppmuntra till träning och aktiviteter utformade för att patienter snabbt ska kunna återgå till vardagen.

Syftet med denna kandidatuppsats har varit att undersöka hur inrättandet av en rehabiliteringsavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle påverka vårdkvalitet och effektivitet i relation till den nuvarande situationen. Studien ämnade även belysa förväntade effekter ur ett hållbarhetsperspektiv.

Studiens metod har till största delen varit kvalitativ med vissa kvantitativa inslag. Insamling av data har främst skett via semistrukturerade intervjuer samt genom en enkätundersökning. I analysen av intervjudata kodades informationen på ett strukturerat sätt för att på så sätt identifiera teman som sedan kunde ställas i relation till det teoretiska ramverket. Analysen av den kvantitativa datan bestod av visualisering av enkätens svarsalternativ samt av en kostnadsanalys, där tillhandahållna kostnadskalkyler justerades för att på bästa sätt matcha den fiktiva rehabiliteringsavdelningen.

I det teoretiska ramverket lades fokus på litteratur ur tre perspektiv med syftet att bidra med en bredare bild av både problemsituationen och analysen. De tre perspektiven bestod av klinisk- och patientupplevd vårdkvalitet samt effektivitet i vårdproduktionen. I dessa perspektiv redogjordes för definitionerna av rehabilitering, patientcentrering, värde, produktivitet och effektivitet. Vidare belystes fördelarna med rehabilitering, vikten av patientcentrering samt svårigheterna att mäta effektivitet i sjukvården.

Studien resulterade i en kartläggning av rehabiliteringsavdelningens effekter där det konstaterades att ett införande troligtvis medför fördelar ur både ett kliniskt- och patientperspektiv. Dessutom bör effektiviteten öka då införandet antas leda till ett bättre vårdutfall till lägre kostnad per patient och vårddygn.

Abstract

Today at Sahlgrenska University Hospital, there are clinically stable patients in need of rehabilitation who are cared for in emergency care units. The continued care of these patients in emergency care units leads to a worsened match between care and care needs, as well as a lower availability at emergency care units for other patient groups. In 2012, an internal report by Sahlgrenska University Hospital identified a potential solution to the problem by the proposal of a rehabilitation ward solely focusing on offering, promoting and encouraging training and activities. This, to more quickly return patients to their everyday life.

The aim of this thesis was to investigate how the establishment of a rehabilitation ward at Sahlgrenska University Hospital would affect healthcare quality and efficiency in relation to the current situation. The study also intended to highlight expected outcomes from a sustainability perspective.

The method of the study has primarily been qualitative with some quantitative elements. The data collection was mainly done through semi-structured interviews together with a survey. In the analysis of the qualitative data from the interviews, data was coded in a structured way to identify themes that could be placed in relation to the theoretical framework. The analysis of the quantitative data consisted of both visualization of the survey's response options and adjustments of the provided cost estimates to best match the fictional rehabilitation ward.

The theoretical framework focused on literature from three perspectives to provide a broad picture of the current situation while also adding depth to the analysis. The three perspectives consisted of clinical and patient-experienced quality of care and efficiency in health care. In these perspectives, the definitions of rehabilitation care, patient-centered care, value, productivity and efficiency were explained. Further highlighted were also the benefits of rehabilitation, the importance of patient-centered care and the difficulties in measuring efficiency in health care.

The study resulted in an assessment of the outcomes of the rehabilitation ward where it was concluded that an establishment of the ward probably would be beneficial in both a clinical and patient perspective. In addition, the efficiency would improve since the implementation is expected to result in a better care outcome to a lower cost per patient and day.

Ordlista

effektivitet | syftar här till graden av måluppfyllelse i relation till resursinsats. Effektivitet mäter de resultat som uppnås med de insatta resurserna

geriatrik | medicinskt specialitetsområde som handlar om att undersöka och behandla åldrandets sjukdomar

hospitalisering | syftar här till ett känslotillstånd som kan uppstå vid en längre sjukhusvistelse. Känslotillståndet innebär att patienten har fokus på sjukdomsbilden istället för tillfrisknandet.

klinisk vårdkvalitet | syftar till hur väl anpassad en vårdinsats är i förhållande till patientens faktiska vårdbehov

medicinskt färdigvårdad | patient som har uppnått önskvärd återhämtning på den vårdnivå patienten för tillfället befinner sig på

multitrauma | innebär att flera fysiska skador uppkommer samtidigt på i olika delar av kroppen. Påverkar flera organ eller organsystem

patientsäkerhet | handlar om att skydda patienter mot vårdskada

patientupplevd vårdkvalitet | åsyftar patientens egen uppfattning av de tilldelade vårdinsatserna. Begreppet omfattar patientens värdering av vården ur ett behandlingsperspektiv samt hur denne upplever interaktionen med vårdpersonal

punktprevalensmätning | synonym till stickprov i medicinska sammanhang

produktivitet | mäter förmågan att omvandla resurser till resultat

rehabiliteringsbehov | patient med behov av någon form av rehabilitering eller träning för att uppnå återhämtning från aktuell åkomma eller skada

slutenvård | innebär att en patient är fysiskt närvarande vid en vårdavdelning på ett sjukhus och där tilldelas vårdinsatser

somatisk vård | åsyftar vård av fysiska, kroppsliga åkommor. Skiljer sig därmed gentemot psykiatrisk vård

utskrivningsklar | patient som ej längre behöver vårdas på sjukhus och kommunen har varslats om att kommunal insats behövs

vårdinsats | är en insats utförd av sjukvårdspersonal gentemot en patient i syfte att behandla denne på något sätt

vårdkedja | sammanfattande benämning på de vårdinsatser som sker under en patients väg genom vården

vårdkvalitet | avser här kvalitetsaspekter av vårdinsatser utifrån ett kliniskt och ett patientupplevt perspektiv

vårdmatchning | avser matchningen mellan erbjuden vård och vårdbehov.

vårdnivå | syftar på den avdelning en patient är inskriven på. Resurser i form av kompetens, utrustning m.m. skiljer sig åt mellan olika vårdnivåer. En hög vårdnivå är mer resurskrävande än en låg vårdnivå

vårdskada | är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

vårdutfall | resultat av tilldelade vårdinsatser

1 INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND	1
1.1.1 Misslyckad matchning mellan erbjuden vård och vårdbehov	2
1.1.2 Påkallande av ytterligare studie.....	2
1.2 SYFTE	3
1.3 FRÅGESTÄLLNING.....	3
1.4 AVGRÄNSNINGAR	4
1.5 BEGRÄNSNINGAR.....	4
1.6 PRAKTISK TILLÄMPNING	4
1.7 DISPOSITION	5
2 METOD	6
2.1 STUDIENS UPPLÄGG	6
2.1.1 Initiering och uppstart.....	6
2.1.2 Nedbrytning av problembild.....	6
2.1.3 Litteraturstudie, datainsamling och analys	7
2.2 METODANSATS	8
2.3 VAL OCH UTFORMNING AV TEORETISKT RAMVERK.....	8
2.4 DATAINSAMLINGSMETODER.....	9
2.4.1 Enkätundersökning.....	9
2.4.2 Interjuer	10
2.4.3 Underlag för kostnadsberäkningar	12
2.5 ANALYSPROCESS.....	12
2.5.1 Analys av kvalitativ data	12
2.5.2 Analys av kvantitativ data.....	13
2.6 FORSKNINGSKVALITET	13
2.7 FORSKNINGSETIK	14
3 TEORETISKT RAMVERK	15
3.1 KLINISK VÅRDKVALITET	15
3.1.1 Definition av rehabilitering.....	15
3.1.2 Efterfrågan på rehabilitering ökar.....	16
3.1.3 Fördelar med rehabilitering.....	16
3.1.4 Förutsättningar för god rehabilitering.....	17
3.2 PATIENTUPPLEVD VÅRDKVALITET	19
3.2.1 Patienten i ett tydligare fokus.....	19
3.2.2 Definitionen av patientcentrerad vård.....	20
3.2.3 Vikten av patientcentrering	22
3.2.4 Fördelar och hinder med patientcentrering.....	22
3.3 EFFEKTIVITET I VÅRDPRODUKTION	23
3.3.1 Värde, produktivitet och effektivitet	24
3.3.2 Svårigheter att mäta effektivitet i sjukvård.....	26
3.3.3 Härledning av kostnader i vårdproduktion.....	28
3.4 VÅRDRELATERADE HÅLLBARHETSASPEKTER.....	29
3.4.1 Jämlik vård.....	29
3.4.2 Ekonomisk hållbarhet.....	29

3.5 KAPITLET'S KÄRNA.....	31
4 RESULTAT	32
4.1 ENKÄTUNDERSÖKNING	32
4.2 PROFESSIONSINTERVJUER	33
4.2.1 Identifiering av teman.....	33
4.2.2 Nulägesbild.....	34
4.2.3 Förutsättningar för god rehabilitering.....	36
4.2.4 Möjlig effekt vid införande av en rehabiliteringsavdelning.....	37
4.3 PATIENTINTERVJUER	38
4.3.1 Identifiering av teman.....	38
4.3.2 Den patientupplevda vården.....	39
4.3.3 Individanpassning och gemenskap	40
4.3.4 Från sjuk till frisk.....	41
4.3.5 Vikten av mentalt stöd	41
4.3.6 Vikten av information.....	43
4.3.7 Åsikter kring införandet av en rehabiliteringsavdelning	44
4.4 KOSTNADSBERÄKNINGAR.....	44
4.4.1 Uppskattning av bemanning och kostnader	45
4.4.2 Kostnadsjämförelse mellan avdelningar	46
4.5 KAPITLET'S KÄRNA.....	47
5 ANALYS.....	48
5.1 NULÄGE.....	48
5.1.1 En engagerad vård	48
5.1.2 Konsekvenser av en misslyckad vårdmatchning.....	49
5.1.3 Bristande förutsättningar.....	49
5.1.4 Källor till ineffektivitet.....	51
5.1.5 Hållbarhetsaspekter.....	52
5.2 FÖRVÄNTADE EFFEKTER VID INFÖRANDET AV EN REHABILITERINGS-AVDELNING.....	53
5.2.1 Bättre matchning av erbjuden vård och vårdbehov.....	53
5.2.2 Förändrat fokus ger bättre förutsättningar.....	54
5.2.3 Högre effektivitet	55
5.2.4 En mer hållbar situation.....	55
5.2.5 Potentiella risker och utmaningar	56
6 DISKUSSION	58
6.1 OM SITUATIONEN SOM BESKRIVS 2012 HAR FÖRÄNDRATS, PÅ VILKET SÄTT ÄR DEN I SÅ FALL ANNORLUNDA?	58
6.2 HUR PÅVERKAR DEN NUVARANDE SITUATIONEN VÅRDKVALITET OCH EFFEKTIVITET?	58
6.3 HUR KAN INRÄTTANDET AV EN REHABILITERINGS-AVDELNING KOMMA ATT PÅVERKA VÅRDKVALITETEN OCH EFFEKTIVITETEN?	59
6.4 HUR KAN HÅLLBARHETSASPEKTER KOMMA ATT PÅVERKAS VID INFÖRANDET AV EN REHABILITERINGS-AVDELNING?	61
6.5 ASPEKTER ATT UTREDA VID ETT EVENTUELLT INFÖRANDE	62
6.6 STUDIENS BIDRAG	62
6.7 STUDIEN I EN STÖRRE KONTEXT	63

6.7.1 Samverkan mellan kommuner och landsting.....	63
6.7.2 Ökad tillgänglighet.....	63
6.8 METODDISKUSSION	64
6.8.1 Validering av problembilden	64
6.8.2 Intervjudata.....	65
6.8.3 Underlag för kostnadsberäkningar	65
7 SLUTSATS	67
REFERENSER	68
BILAGA 1 – ENKÄT	76
BILAGA 2 – INTERVJUMALL FÖR PROFESSIONSINTERVJUER	78
BILAGA 3 – INTERVJUMALL FÖR PATIENTINTERVJUER	79
BILAGA 4 – REDOVISNING AV KOSTNADSBERÄKNINGAR	81
BILAGA 5 – KOSTNADSSTRUKTUR FÖR AVDELNING 623	82
BILAGA 6 – MÅNADSLÖN PER PERSONALKATEGORI	83

1 Inledning

Svensk sjukvård står sig idag stark. Det konstaterar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i rapporten *Svensk sjukvård i internationell jämförelse* (SKL 2015b) där den svenska sjukvården jämförs med sjukvård i andra länder med liknande förutsättningar, i detta fallet övriga EU-länder, Norge och USA. Den slutsatsen dras efter en jämförelse av olika kliniska kvalitetsindex och medicinska utfallsmått såsom spädbarnsdödlighet, dödlighet vid akut hjärtinfarkt och stroke, canceröverlevnad et cetera (SKL 2015b). Samtidigt upplever patienter i Sverige i lägre utsträckning än i flera andra länder att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra och att den övergripande kvaliteten är god. Det konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som vid flera tillfällen under de senaste åren har belyst brister i vårdens förmåga att erbjuda så kallad patientcentrerad vård och behandling. Vidare påvisas en trend som avspeglar att den svenska befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet sjunker (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016:5).

Även vid internationella jämförelser av resursutnyttjande uppvisar den svenska hälso- och sjukvården goda resultat. Dock konstateras samtidigt att det idag finns ett antal omständigheter i sjukvårdssystemet såsom styrning, struktur, organisation och arbetssätt, kultur, kompetensförsörjning och överbeläggningar som hindrar ett allt mer effektivt resursutnyttjande (SOU 2016:2). Cederberg (2016) skriver i *Dagens Medicin* att antalet överbeläggningar på aggregerad nivå kontinuerligt har ökat sedan 2013, något som utöver effektiviteten får direkt negativa konsekvenser för patientsäkerheten (SKL 2016).

Det står allt mer klart att den svenska sjukvården idag står inför ett flertal betydande utmaningar på lång såväl som på kort sikt. Lägg därtill en förändrad demografisk sammansättning där andelen äldre (personer över 80 år) beräknas bli allt större (VGR 2016). I ett längre perspektiv kommer detta att sätta ytterligare press på det svenska sjukvårdssystemet då äldre personer generellt har ett högt vårdbehov (SKL 2016) samtidigt som andelen personer i arbetsför ålder minskar. Därmed minskar skattebasen vilken är viktig för det svenska skattefinansierade skattesystemet (Myndigheten för hälso- och vårdanalys 2016).

1.1 Bakgrund

Under hösten och vintern 2016/2017 har sjukvårdens utmaningar ägnats särskilt stort utrymme i svenska medier, där olika lokala problembilder från hela landet målats upp. I medierapporteringen hamnade överbeläggningar och bristen på sjuksköterskor i särskilt fokus och vårdplatsbristen beskrevs som en naturlig följd av dessa problem (Åsgård 2017).

Den 24 januari 2017 återfanns totalt 221 utskrivningsklara patienter fördelade på olika vårdenheter och avdelningar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, hädanefter benämnt SU. Vid samma tidpunkt fanns samtidigt ett stort antal överbeläggningar (Björk 2017). Utskrivningsklara patienter vårdas på akutvårdsplatser fram till dess att kommunen kan svara upp mot de insatser som krävs för att patienterna ska kunna återgå till vardagen, erbjudas plats på korttids- eller äldreboende eller liknande (SU 2012). Att utskrivningsklara patienter fortsatt vårdas på SU leder till en lägre tillgänglighet på befintliga vårdplatser och verkar alltså vara en starkt bidragande orsak till det höga antalet överbeläggningar (Pagels 2016).

1.1.1 Misslyckad matchning mellan erbjuden vård och vårdbehov

Vid sidan av de utskrivningsklara patienterna, finns varje dag på SU ett trettiotal patienter som vårdas på akutvårdsplatser trots att de är medicinskt färdigvårdade på den vårdnivå där de befinner sig. Detta konstaterades i en intern rapport som utarbetades på SU år 2012 (SU 2012). Rapporten baseras på en punktprevalensmätning (PPM) där alla inneliggande patienter på SU bedömdes av medicinsk personal såväl som rehabiliteringspersonal. PPM-mätningen gjordes 9 november 2011 och därefter har inga ytterligare mätningar gjorts.

Dessa patienter har ett behov av inneliggande somatisk rehabilitering som en följd av exempelvis multitrauma eller långvarig immobilisering på grund av annan sjukdom som till exempel onkologisk behandling eller långdragna komplicerade infektioner (SU 2012). Det innebär att patienterna har behov av rehabilitering som inte kan erbjudas på den vårdnivå de för tillfället befinner sig på. Patienterna utgörs i hög utsträckning av personer under 65 år, eftersom patienter över 65 år ofta återfinns på geriatrikavdelningar där god rehabiliteringskompetens finns. Det innebär att patienter under 65 år idag är exkluderade från möjligheten till behovsanpassad inneliggande rehabilitering, utom i de fall där hjärn- eller spinalskada har förvärvats. I de fallen erbjuds rehabilitering som en del i den för ändamålet standardiserade vårdprocessen (SU 2012).

1.1.2 Påkallande av ytterligare studie

Som en potentiell lösning har SU i sin rapport (2012) adresserat möjligheten att inrätta en särskild rehabiliteringsavdelning. På en sådan avdelning står rehabiliteringen i fokus genom att erbjuda, främja och uppmuntra till träning och aktiviteter utformade för snabb återgång till vardagen. Avdelningen skulle primärt bemannas av personal med specialkompetens kopplat till rehabilitering, det vill säga, arbets- och fysioterapeuter som tillsammans med omvårdnadspersonal utgör grundbemanningen och stöds av sjuksköterskor och läkare endast i mindre omfattning (SU 2016). Därigenom skulle fler patienter, oavsett ålder, med behov av inneliggande rehabilitering kunna erbjudas en vårdplats i linje med sina behov. Dessutom kan akutvårdsplatser då användas på ett mer effektivt sätt (SU 2012). Rapporten presenterades för SU:s ledningsgrupp under 2012, men inga åtgärder vidtogs (SU 2016).

I dag, 2017, är situation än mer komplicerad. Sedan 2010, då kartläggningen som ligger grund för SU-rapporten (2012) initierades, har ytterligare vårdplatser med rehabiliteringsinriktning stängts eller omvandlats till vårdplatser med annan medicinsk inriktning. Exempelvis omvandlades 40 akutgeriatriska vårdplatser till akut medicinska vårdplatser samtidigt som 28 geriatriska rehabiliteringsplatser stängdes vid årsskiftet 2011 - 2012 (SU 2012). Dessutom råder i dagsläget en omfattande brist på sjuksköterskor vilket gör att ytterligare vårdplatser kan komma att behöva stängas. Samtidigt vårdas patienter som bedömts som medicinskt färdigvårdade och utskrivningsklara fortsatt på akutvårdsplatser. Därmed försämras tillgängligheten på vårdplatser ytterligare (SU 2016).

Det förslag som framfördes genom rapporten, att inrätta en rehabiliteringsavdelning, motiverades då främst utifrån att ett ouppfyllt rehabiliteringsbehov identifierats, vilket är ett behov som med största sannolikhet kvarstår än idag (SU 2016). Dessutom har den bristande tillgängligheten på vårdplatser kommit att utgöra ett allt större problem för SU i arbetet med att upprätthålla vårdplatser och tillhandahålla vård till regionens invånare (SU 2016). Med anledning av denna problematik, efterlyser SU nya arbetsätt för att identifiera alternativa och nytänkande lösningar. Förslaget att inrätta en rehabiliteringsavdelning är en möjlig sådan lösning, men dess förväntade nytta behöver utredas vidare. Denna studie avser därför kartlägga och konkretisera den förväntade nyttan av införandet av en sådan rehabiliteringsavdelning och därigenom kunna bidra till att utvärdera det förslag som SU framfört.

1.2 Syfte

Studien syftar till att undersöka om, och i så fall hur, inrättandet av en rehabiliteringsavdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle påverka vårdkvaliteten och effektiviteten i relation till den nuvarande situationen. Vidare ämnar studien belysa förväntade effekter ur ett hållbarhetsperspektiv.

1.3 Frågeställning

Med utgångspunkt i att uppnå studiens syfte behöver följande frågeställningar besvaras:

- i. Om situationen som beskrivs 2012 har förändrats, på vilket sätt är den i så fall annorlunda?
- ii. Hur påverkar den nuvarande situationen vårdkvalitet och effektivitet?

- iii. Hur kan inrättandet av en rehabiliteringsavdelning komma att påverka vårdkvalitet och effektivitet?
- iv. Hur kan hållbarhetsaspekter komma att påverkas vid införandet av en rehabiliteringsavdelning?

1.4 Avgränsningar

I denna studie har vissa faktorer som påverkar problembilden avgränsats bort då de, åtminstone i det korta perspektivet, ligger utanför SU:s möjlighet att påverka.

En sådan faktor är kommunens ansvar i vårdkedjan. Av den grupp patienter som är medicinskt färdigvårdade men som fortsatt vårdas på akutvårdsplatser, utgörs den största delen av utskrivningsklara patienter vilka väntar på någon form av kommunal insats (Björk 2017).

En annan faktor är den sjuksköterskebrist som nu råder (Statistiska Centralbyrån 2016). Ett stort antal vårdplatser går för tillfället inte att belägga på grund av brist på sjuksköterskor, vilket leder till att patienterna fortsatt blir kvar på akutvårdsavdelningar.

1.5 Begränsningar

Som tidigare nämnts tar denna studie sin utgångspunkt i den av SU internt upprättade rapport och utredning av behovet av ineliggande somatisk rehabilitering (SU 2012). Eftersom viss data, mer precist den år 2011 utförda PPM-mätningen vilken ligger till grund för studien, i nuläget varken låter sig valideras eller samlas in på nytt utgör detta en begränsande faktor. Denna data är i huvudsak av medicinsk karaktär i form av till exempel journalgranskningar, vilket rapportförfattarna inte haft möjlighet eller kompetens att genomföra.

1.6 Praktisk tillämpning

Studien presenteras i form av en rapport och har den primära funktionen som examinationsgrundande kandidatuppsats vid Institutionen för teknikens ekonomi och organisation vid Chalmers tekniska högskola. Vidare kan rapporten tillämpas som en del i ett bredare beslutsunderlag för studiens initiativtagare, SU, vid ett övervägande huruvida en avdelning för ineliggande somatisk rehabilitering ska inrättas eller ej.

1.7 Disposition

Rapporten består av sju kapitel. I rapportens första kapitel, *Inledning*, presenteras en bakgrund för att ge läsaren en övergripande bild och förståelse för den problembild som undersöks inom ramen för studien. Vidare presenteras också studiens syfte, frågeställningar avgränsningar, begränsningar och praktiska tillämpning. I kapitel två, *Metod*, redogörs studiens upplägg och vilken metodansats som valts till studien. I detta kapitel beskrivs också vilka olika data som använts samt hur dessa har samlats in och analyserats.

Det tredje kapitlet, *Teoretiskt ramverk*, introducerar den litteratur, teori och forskning som använts som grund för studien. Kapitlet behandlar relevant teori kopplat till vårdkvalitet, effektivitet inom sjukvårdsverksamheten samt vårdrelaterade hållbarhetsaspekter. I kapitel fyra, *Resultat*, presenteras resultatet av den datainsamling som genomförts i studien genom såväl en enkätundersökning som intervjuer med professioner och patienter. Resultatet analyseras i kapitel fem, *Analys*, där det relateras till det teoretiska ramverket. Analysen är uppdelad i två delkapitel: ett som redogör för nuläget och ett där de förväntade effekterna av ett införande av en rehabiliteringsavdelning analyseras.

I kapitel sex, *Diskussion*, görs en återblick till studiens frågeställningar där dessa besvaras med utgångspunkt i att nå studiens syfte. Därefter följer en bredare diskussion som bland annat sätter studien i ett större sammanhang. Kapitlet avslutas med en diskussion kring den metod studien använt. Rapporten avrundas med kapitel sju, *Slutsats*, där en kortfattad slutsats av studien presenteras. Efter kapitel sju redogörs de referenser som använts följt av studiens bilagor.

2 Metod

I detta kapitel presenteras hur studien lagts upp och genomförts, hur det teoretiska ramverket har utformats samt en redogörelse för studiens metodansats. Därefter behandlas de metoder vilka tillämpats för datainsamling och sedermera även metoder för analys av data.

2.1 Studiens upplägg

Inom ramen för detta delkapitel presenteras, på översiktligt sätt, de mest centrala delarna i studiens upplägg och genomförande.

2.1.1 Initiering och uppstart

Studien inleddes i slutet av januari 2017 genom ett möte där studiens samtliga intressenter fanns representerade, det vill säga initiativtagare, handledare samt kandidatgruppen i sin helhet. Studiens initiativtagare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, representerades av verksamhetschefen för arbets- och fysioterapi, Åsa Sand, som kom att bli kandidatgruppens kontaktperson genom hela studien. Vid det inledande mötet gavs en mer utförlig redogörelse för problembilden och diskussioner fördes om studiens utformning, syfte, frågeställningar och avgränsningar.

2.1.2 Nedbrytning av problembild

Därefter gjordes en nedbrytning av den övergripande problembilden utifrån studiens frågeställningar som ett verktyg för att reducera komplexiteten i genomförandefasen. Nedbrytningen resulterade i tre väldefinierade, konkreta men delvis överlappande delområden eller perspektiv. Därefter kunde differentierade metodval göras utifrån de olika perspektivens karaktär och problematik. De olika perspektiven preciseras vidare nedan och presenteras konceptuellt i figur 2.1.

Vårdkvalitet ur ett kliniskt perspektiv

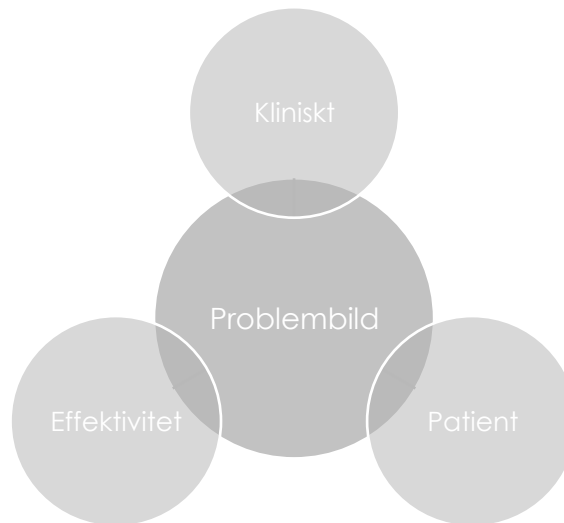
Inom ramen för detta delområde har vårdkvalitetsaspekter undersökts utifrån en klinisk synvinkel. Den medicinska professionen har därför stått i fokus i detta perspektiv.

Vårdkvalitet ur ett patientupplevt perspektiv

Patientcentrerad vård har kommit att bli ett allt mer centralt begrepp i utvärderingar av vårdkvaliteten. Dessa aspekter kunde delvis belysas genom detta perspektiv där patienterna själva stått i fokus.

Effektivitetsperspektiv

Genom resursanvändning i form av personal, utrustning med mera produceras olika typer av vårdinsatser vilka i sin tur leder till ett vårdutfall. Effektivitet handlar om att ställa förbrukade resurser i relation till utfallet och undersöktes inom ramen för detta perspektiv.



Figur 2.1 De tre perspektiven som tillsammans utgör studiens problembild.

2.1.3 Litteraturstudie, datainsamling och analys

I studiens uppstartsfas studerades litteratur intensivt för att skapa en grundförståelse för ämnet och sätta problembilden i en kontext. Litteratursökningen och uppbyggnaden av det teoretiska ramverket fortsatte kontinuerligt under studiens gång. Det teoretiska ramverket beskrivs mer ingående i kapitel 2.3 *Val och utformning av teoretiskt ramverk*. Samtidigt genomfördes den första empiriska undersökningen i studien i form av en mailenkätundersökning för att undersöka om den problembild som beskrivs i studiens underlag från 2012 gick att förankra i nutid. Se kapitel 2.4.1 *Enkätundersökning* för mer information om enkäten.

Utifrån de tidigare specificerade perspektiven inleddes sedan en mer omfattande datainsamlingsprocess. Datainsamlingen pågick parallellt för de tre perspektiven. Empiri i form av kvalitativ primärdata erhöles genom intervjuer med medicinsk personal och patienter och kompletterades med kvantitativ sekundärdata från, i huvudsak, SU:s databaser. Därefter bearbetades och analyserades insamlad data och sattes sedan i relation till det teoretiska ramverket. Baserat på analys och diskussion av resultatet sammanställdes sedan studiens slutsatser. Datainsamlingsmetoderna presenteras närmare i kapitel 2.4 *Datainsamlingsmetoder* och analysprocessen i 2.5 *Analysprocess*.

2.2 Metodansats

Studien har hela tiden rört sig mellan empiri och teori. I ett kontinuerligt samspel under studiens gång, har insamling av empiri i viss uträkning påverkats av teori medan det som framkom i empiri har påverkat fortsatta studier av teori. Studiens forskningsansats kan därmed sägas vara abduktiv (Dubois & Gadde 2002) snarare än hypotetisk-deduktiv och induktiv vilka annars är de vanligaste ansatserna (Wallén 1996).

Studiens metod är framförallt kvalitativ, men med vissa kvantitativa inslag. Studien använder sig alltså av metodkombination, då kvalitativa och kvantitativa tillvägagångssätt kombineras. Metodkombination ökar studiens träffsäkerhet eftersom resultatet från de olika metoderna kan jämföras för att se om resultaten överensstämmer. Att kombinera flera metoder ger också en fullständigare bild av det som studeras (Denscombe 2009).

Studien är till stora delar explorativ, det vill säga baserad på öppna frågor för att få en grundläggande förståelse för problemet (Wallén 1996). Till viss del är studien även prediktiv, vilket enligt Bohlin¹ är när studien försöker att förutse ett visst skeende. Detta eftersom studien ämnar undersöka vilka effekter införandet av en rehabiliteringsavdelning kan tänkas leda till.

2.3 Val och utformning av teoretiskt ramverk

Studien inleddes som tidigare nämnts med en litteratursökning för att bygga upp ett teoretiskt ramverk att utgå ifrån samt för att få en förståelse för sjukvårdens organisation. I enlighet med den abduktiva ansatsen pågick litteratursökningen löpande under studiens gång. I samspel med de insikter empiri gav upphov till, utökades och kompletterades det teoretiska ramverket successivt, vilket underlättades genom nedbrytningen i olika perspektiv.

Framförallt användes kedjesökning och systematisk sökning för att söka den litteratur som ligger till grund för det teoretiska ramverket. Kedjesökning innebär att ny litteratur hittas genom att följa referenser i funnen litteratur och systematisk sökning innebär att litteratur erhålls genom sökning på exempelvis sökmotorer (Rienecker & Stray Jörgensen 2014). Den litteratur som använts är i stor utsträckning vetenskapliga artiklar och rapporter vilka hämtats via Google Scholar och Chalmers biblioteks databaser. Sökorden som användes kretsade kring sjukvårdens organisation och effektivitet, patientcentrerad vård och rehabilitering. Utöver detta användes litteratur rekommenderad av studiens handledare.

¹ Erik Bohlin. Föreläsning om metod i kursen TEKX04 Kandidatarbete vid Teknikens ekonomi och organisation. Chalmers tekniska högskola, 26 januari 2017.

2.4 Datainsamlingsmetoder

Som tidigare nämnts utgörs studiens empiri i sin helhet av en blandning mellan kvalitativa och kvantitativa data. I tabell 2.1 presenteras en sammanfattning över insamlad empiri, använda datainsamlingsmetoder samt hur dessa har utformats.

Tabell 2.1 Sammanfattning över insamlad empiri.

Datainsamlingsmetod	Urval	Omfattning	Utformning	Datatyp
Enkätundersökning	Mail med enkät skickades till 14 verksamhetschefer som fritt fick vidarebefordra enkäten till anställda och/eller svara själva	Enkäten nådde ett okänt antal individer. 13 svar erhöles	Se bilaga 1	Primär, kvalitativ och kvantitativ
Professionsintervjuer	Verksamhetschefer	2 personer	Semistrukturerad, se bilaga 2	Primär, kvalitativ
	Läkare	2 personer		
	Fysio- och arbetsterapeuter	2 personer		
Patientintervjuer	Professor emeritus i rehabiliteringsmedicin	1 person	Semistrukturerad, se bilaga 3	Primär, kvalitativ
	Patienter som genomgått transplantation	6 personer		
Underlag för kostnadsberäkningar	Patienter med trauma	3 personer	Se bilaga 4	Sekundär, kvantitativ
	Kostnader per vård dygn för relevanta avdelningar		Se bilaga 5	Primär, kvantitativ
	Bemanningsstal för fiktiv avdelning		Se bilaga 6	Sekundär, kvantitativ
	Medellöner för olika personalkategorier			

2.4.1 Enkätundersökning

I studiens inledande skede fastslogs att den situation som beskrevs i SU:s interna rapport från 2012 behövde aktualiseras för att studiens syfte skulle vara relevant. Inom ramen för denna studie var det inte möjligt att genomföra samma typ av mätning som låg till grund för rapporten från 2012, vilket hade varit det bästa möjliga sättet att aktualisera resultatet. Istället genomfördes en internetbaserad enkätundersökning riktad till verksamhets- och vårdenhetschefer för att undersöka om problematiken kvarstod. Några av fördelarna med enkätundersökningar är att de är ekonomiska beträffande bland annat material och tid (Denscombe 2009) vilken istället kunde användas för den huvudsakliga datainsamlingen, det vill säga intervjuer och sekundärdata. Se bilaga 1 *Enkät*, för utformning av enkäten.

Utformning

Enkäten bestod av flervalfrågor som kretsade kring huruvida respondenten kände igen den situation som beskrevs i Sahlgrenskas undersökning från 2012 samt öppna frågor där respondenten kunde motivera sitt val i flervalfrågorna. Flervalfrågor kan upplevas som mindre krävande av respondenten vilket kan ge högre svarsfrekvens, samtidigt som de enligt vissa respondenter kan upplevas som begränsande och frustrerande (Denscombe 2009). För att motverka den negativa aspekten med flervalfrågor kompletterades enkäten med öppna frågor som var frivilliga att fylla i. De kvalitativa svaren från de öppna frågorna gav också en djupare förståelse för den kvantitativa data som erhöles från flervalfrågorna. Enkäten innehöll även bakgrundsfrågor om respondentens befattning samt vilken avdelning eller vilka avdelningar respondenten var knuten till. Detta för att kunna överblicka hur heltäckande information från enkätsvaren var. Enkäten granskades av Sand och studiens handledare för att få synpunkter på upplägg och innehåll innan den skickades ut till respondenterna.

Genomförande

En länk till enkäten mailades ut till 14 verksamhetschefer, vilket är ungefär en fjärdedel av alla verksamhetschefer på SU. Dessa valdes ut i samråd med Sand, för att försöka täcka in de verksamhetsområden vilka ingår i de specialitetsområden där rehabiliteringspatienter identifierades vid punktprevalensmätningen 2011. Verksamhetscheferna valdes ut som lämpliga respondenter eftersom de bör ha en överblick över hur situationen ser ut inom respektive verksamhetsområde. Urvalet var alltså subjektivt, då respondenterna handplockades för att de antogs kunna bidra med värdefulla data (Denscombe 2009).

I mailet som skickades ut uppmanades verksamhetscheferna att vidarebefordra enkäten till underordnade vårdenhetschefer om de själva inte hade kunskapen att besvara frågorna. Detta ledde till att urvalsstorlek och svarsfrekvens inte gick att ta fram, på grund av att mailet också vidarebefordrats till andra befattningar än vårdenhetschefer. Eftersom befattningarna har varierande överblick över verksamhetsområdena har vissa respondenter svarat för en enskild avdelning och andra respondenter för hela verksamhetsområden.

2.4.2 Intervjuer

Studiens enskilt största datakälla utgörs av intervjumaterial där framförallt kvalitativ primärdata erhöles. Vidare erhöles en mindre mängd kvantitativ data vid intervjuerna då vissa respondenter fick svara på en flervalfråga. Inom ramen för denna studie har totalt sexton personer intervjuats. Sju av dessa utgörs av hälso- och sjukvårdspersonal, hädanefter benämnd vårdpersonal, sju med rehabiliteringskompetens, men med olika professioner. De andra nio är patienter som av olika anledningar varit inskrivna på SU och haft ett rehabiliteringsbehov. Intervjuer valdes som metod då denna är lämplig bland annat då studien kräver insikt i människors åsikter, uppfattningar och erfarenheter (Denscombe 2009). Genom intervjuer kunde alltså såväl patienter som den medicinska personalens åsikter och erfarenheter skildras avseende dagens situation, samt hur

situationen skulle kunna komma att förändras vid införandet av en rehabiliteringsavdelning. Intervjumaterialet utgör den huvudsakliga empirin för såväl det kliniska perspektivet såväl som patientperspektivet men används även för effektivitetsperspektivet. För intervjumallar, se bilaga 2, *Intervjumall för professionsintervjuer* och bilaga 3, *Intervjumall för patientintervjuer*.

Struktur, utformning och genomförande

Intervjuerna i denna studie var genomgående semistrukturerade. Semistrukturerade intervjuer innebär att intervjuaren har en lista med frågor eller ämnen som ska behandlas under intervjun, men intervjuaren är flexibel med ordningsföljd samt låter den intervjuade utveckla tankar och synpunkter i öppna svar (Denscombe 2009). Intervjuerna utfördes av två medlemmar ur kandidatgruppen per intervjutillfälle och med en respondent i taget. Intervjuerna utfördes genom personliga möten men även genom telefon- och videomöten. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en diktafon och samtidigt togs stödjande anteckningar för att kunna återvända till grundmaterialet under analysprocessen.

Vid genomförandet av en semistrukturerad intervju finns generellt sett flera viktiga punkter att tänka på för att minimera intervjuarens påverkan på respondenten. Enligt Yin (2013) måste intervjuaren tala måttligt mycket under intervjun, men samtidigt få den intervjuade att känna sig bekväm för att få ett bra resultat. Intervjuaren får inte heller styra den intervjuades svar i en viss riktning utan måste vara neutral. Under studiens intervjutillfällen togs hänsyn till dessa punkter.

Urval

För det kliniska perspektivet intervjuades personal på SU som besitter goda kunskaper i rehabilitering och som är väl bekanta med de patientgrupper som ringades in i SU:s studie (2012). Sand bistod med möjliga kontaktpersoner. För att få en bredd i det insamlade materialet intervjuades personal på SU med olika befattningar.

För patientperspektivet intervjuades individer som ingick i de patientgrupper vilka identifierades i rapporten 2012 och som erhållit rehabilitering på SU någon gång mellan 2012 och 2017. Då patienter med olika diagnoser skulle kunna ligga på rehabiliteringsavdelningen eftersöktes en bredd av diagnoser bland respondenterna. Respondenterna kontaktades främst genom patientföreningar samt via en traumagrupp bestående av personer som tidigare erhållit rehabilitering på SU.

Antalet respondenter och urval presenterades ovan i tabell 2.1. Inom både det kliniska perspektivet och patientperspektivet söktes intervjurespondenter tills en teoretisk mättnad uppnåddes. Teoretisk mättnad innebär att inga nya kvalitativa skillnader framkommer i respondenternas resonemang (Ekegren & Hinnfors 2006).

2.4.3 Underlag för kostnadsberäkningar

Underlag för kostnadsberäkningar utgörs främst av kvantitativ sekundärdata från SU:s system för efterkalkylering av kostnader. Tillgång till och närmare beskrivning av denna data har givits av Carin Famborn och Christian Lindberg, båda controllers på enheten för produktionscontrolling och vårdavtal. Famborn och Lindberg har också bearbetat och sammanställt den data som för ändamålet ansågs vara relevant utifrån författarnas perspektiv. Mer specifikt består datan av efterkalkylerade kostnader för 17 olika akutvårdsavdelningar på vilka patienter med rehabiliteringsbehov i olika utsträckning förväntas återfinnas på. Dessa avdelningar valdes ut av Sand samt Åsa Lundgren Nilsson, verksamhetschef för neurosjukvård, med utgångspunkt i rapporten från 2012.

Därutöver består datan av ett antal kompletta efterkalkyler för avdelningar vilka i viss mån liknar den i nuläget fiktiva rehabiliteringsavdelningen som SU föreslår. Dessa kalkyler innehåller den totala kostnaden som kan härröras specifika vårdavdelningar, fördelat på olika kostnadslag såsom till exempel personalkostnader och lokalkostnader. Vidare har kvantitativ data i form av bemanningstal för den fiktiva avdelningen erhållits genom Sand, Lundgren Nilsson samt Maria Lachonius, biträdande verksamhetschef för område medicin. Sand har lämnat bemanningstal avseende rehabiliteringspersonal (arbets- och fysioterapeuter samt rehabiliteringsassistenter) medan Lachonius och Lundgren Nilsson har redogjort för övriga relevanta personalkategorier (medicinsk personal, omvårdnadspersonal, administration et cetera).

2.5 Analysprocess

I detta delkapitel redogörs för hur insamlad data har analyserats utifrån dess typ och karaktär. Analyserad data sattes därefter i relation till det teoretiska ramverket, vilket presenteras i sin helhet i kapitel 5, *Analys*.

2.5.1 Analys av kvalitativ data

Den kvalitativa data som samlades in under intervjuerna genomgick en analysprocess i tre steg. Enligt Denscombe (2009) finns olika uppfattningar om exakt förfarande vid analys av kvalitativa data, men de flesta experter är eniga om att dessa steg ska ingå. Stegen var förberedelse av data, förtrogenhet med data och tolkning av data. Stegen följs dock inte helt i sekvens, då analysprocessen har en repetitiv karaktär (Denscombe 2009, Yin 2013, Graneheim & Lundman 2004).

I det första och andra steget organiserades data för att förenkla analysen och för att öka förtrogenheten med datan. Som tidigare nämnts spelades intervjuerna in och anteckningar gjordes parallellt. Efter intervjuerna lyssnades inspelningen igenom och anteckningarna kompletterades. Anteckningarna innehöll även tidsangivelser för att lätt kunna leta i inspelningarna efter specifika ämnen. Anteckningarna var av sammanfattande karaktär. Ingen

exakt transkribering gjordes, då det inom ramen för denna studie inte fanns tidsmässiga resurser till detta.

I det tredje steget började insamlad data att kodas. Koder är märkningar eller etiketter som tillfogas rådata. Syftet med att koda är att metodiskt röra sig mot en högre begreppslig nivå (Denscombe 2009, Yin 2013). I detta steg studerades anteckningarna, sedan tilldelades stycken och meningar olika koder. Koderna delades därefter in i olika kategorier. Kategorier samlar ihop en grupp av material som har någonting gemensamt (Graneheim & Lundman 2004). Utifrån dessa kategorier identifierades teman och samband mellan intervjuerna. Detta gav en hierarki från rådata med koder, kategorier och slutligen mer generella teman. Flertalet gånger under detta analyssteg lyssnades inspelningarna igenom igen.

2.5.2 Analys av kvantitativ data

Den kvantitativa data som samlades in via enkäten och flervälsfrågor under intervju, analyserades genom visualisering i cirkeldiagram. Detta för att kunna jämföra proportioner mellan de olika svarsalternativen, vilket gav en tydlig överblick över resultatet. Efter att cirkeldiagrammen från enkäten färdigställts lästes svaren på de öppna frågorna för att få en djupare förståelse för respondenternas resonemang. De öppna frågorna från enkäten analyserades inte statistiskt då urvalet inte var tillräckligt stort eller slumpmässigt gjort.

Kvalitativ data beträffande kostnader och ekonomi har analyserats, bearbetats och modifierats för att approximera kostnaden för den fiktiva rehabiliteringsavdelningen. Genom att justera de befintliga kalkylerna så att de bättre matchar den fiktiva avdelningen, främst avseende personalsammansättning, erhöles en approximativ kostnad för den fiktiva avdelningen i sin helhet. Därmed gavs också den genomsnittliga kostnaden per patient och vårddygn för densamma. Personalsammansättningen på den fiktiva avdelningen har beräknats utifrån de bemanningstal som erhöles inom ramen för datainsamlingen. Därefter kunde kostnaden per patient och vårddygn för den fiktiva avdelningen jämföras gentemot de idag existerande avdelningarnas kostnader där patienter med rehabiliteringsbehov identifierats (SU 2012).

2.6 Forskningskvalitet

Forskningskvalitet bedöms traditionellt sett utifrån validitet, tillförlitlighet, generaliserbarhet och objektivitet. Vid kvalitativ forskning kan bedömningspunkterna vara svåra att använda, men de kan fungera som en utgångspunkt med viss anpassning (Denscombe 2009). Under denna rubrik diskuteras studien utifrån dessa fyra punkter.

I denna studie har data samlats in både genom en enkät samt intervjuer med professioner och patienter. Användandet av två metoder där resultatet kan jämföras, det vill säga en metodtriangulering, ökar validiteten (Denscombe 2009). För att öka validiteten ytterligare valdes intervjurespondenter med stor bredd. Professions- och patientintervjuerna genomfördes med

individer med olika befattningar respektive olika diagnoser eller skador. Att välja respondenter med olika erfarenheter ökar möjligheten att belysa frågeställningen ur flera aspekter (Graneheim & Lundman 2004).

För att förbättra tillförlitligheten i denna studie presenteras metoden i detalj, vilken sedan diskuteras i delkapitel 6.8 *Metoddiskussion*. Detta för att möjliggöra för läsaren att bedöma datainsamlingsprocessen. För att få en god tillförlitlighet är det viktigt att studiens datainsamlingsprocess är tydligt presenterad och att den går att granska (Denscombe 2009). I studien presenteras även intervjumallar, beräkningar samt till viss del de intervjuade individernas bakgrund. Detta görs då det är viktigt att information som gör det möjligt för läsaren att bedöma fyndens relevans för andra situationer tillhandahålls. På så sätt kan en god grad av generaliserbarhet säkerställas (Denscombe 2009; Graneheim & Lundman 2004).

Genom involvering av samtliga kandidatgruppens medlemmar och ett tvärfunktionellt arbetssätt har även en god objektivitet försökt säkerställas. Generellt sett handlar objektiviteten i en studie om hur forskaren i sig påverkat bland annat studiens resultat vid tolkning av data (Denscombe 2009). Därför har enskilda gruppmedlemmars uppfattningar, värderingar och övertygelser fått stå tillbaka till förmån för gruppens gemensamma ståndpunkt.

2.7 Forskningsetik

För god forskningsetik finns ett antal principer som bör följas. Dessa gäller bland annat att ha respekt för deltagarnas rättigheter och värdighet, att undvika att deltagarna lider någon skada genom att delta samt att arbeta på ett sätt som är ärligt och respekterar deltagarnas integritet (Denscombe 2009).

Med syftet att följa principerna för god forskningsetik är alla intervjurespondenter i denna studie anonyma. Ett fåtal individer är namngivna i intervjuerna på grund av sin roll som kontaktperson för studien och har därför fått möjlighet att kontrollera citat innan studiens publicering.

3 Teoretiskt ramverk

I detta kapitel presenteras den litteratur och tidigare forskning som ligger till grund för det teoretiska ramverket som utarbetats inom ramen för den litteraturstudie som tidigare beskrivits. Ramverket har byggts upp med utgångspunkt i de tre perspektiven: klinisk vårdkvalitet, patientupplevd vårdkvalitet och effektivitet och berör relevant litteratur som kopplad till respektive perspektiv. Därutöver redogörs för den studerade litteratur som berör hållbar utveckling med fokus på social och ekonomisk hållbarhet.

3.1 Klinisk vårdkvalitet

Följande delkapitel behandlar det kliniska vårdperspektivet, definitionen av rehabilitering samt den ökade efterfrågan av rehabiliteringsinsatser. I avsnittet presenteras även de fördelar rehabilitering ger, för individen såväl som för samhället i stort. Vidare redovisas också de identifierade nyckelfaktorer som krävs för att kunna bedriva en effektiv rehabilitering samt hur dessa påverkar vårdufallet av rehabiliteringsinsatserna.

3.1.1 Definition av rehabilitering

Rehabilitering är ett brett begrepp inom vården idag med flertalet likartade definitioner. Höök och Grimby (2001) väljer att definiera rehabilitering som *”ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktion och förutsättningar för ett normalt liv”*. Viktigt att poängtera är även att rehabiliteringsinsatserna ska ge stöd och inspiration till den enskilde patienten för att kunna uppnå ett så bra liv som möjligt (Rehabiliteringsrådet 2011). Målsättningen med rehabilitering är således att göra patienten så delaktig som möjligt i olika livssituationer samt att öka patientens livskvalitet. I och med att rehabilitering är så mycket mer än enbart fysisk träning efter en skada, så involveras flertalet olika yrkeskategorier inom vården för att vara delaktiga i en den medicinska rehabiliteringen. Dessa yrkeskategorier är bland annat läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, kuratorer, psykologer och logopedier för att nämna några (Rivano-Fischer 2015).

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) reglerar hur ansvaret för rehabiliteringen ska fördelas mellan kommun och landsting. Då SU drivs i Västra Götalandsregionens regi, kommer denna rapport som tidigare nämnt att avgränsas till att behandla den av landstinget bedrivna rehabiliteringen.

3.1.2 Efterfrågan på rehabilitering ökar

Efterfrågan på olika former av rehabilitering är idag hög, och förväntas i framtiden bli ännu högre. En av anledningarna till detta är att ett allt större antal patienter idag överlever svåra olyckor eller akuta sjukdomar med kvarvarande funktionsnedsättningar som följd (Gutenbrunner, Ward & Chamberlain 2009). Då den efterföljande vården och behandlingen av dessa patienter ofta är tämligen komplex, är det viktigt att korrekt vård ges på en avdelning med resurser och kompetens för att bedriva rehabilitering. Utförs detta så finns det evidens för att bra resultat kan erhållas av rehabiliteringsinsatserna (DeLisa, Gans & Walsh 2005). Som tidigare nämnts, stiger kostnaderna för den offentligt finansierade sjukvården i Sverige, framförallt som en följd av den demografiska utvecklingen (Finansdepartementet 2000; Socialstyrelsen 2015). Detta har föranlett ett ökat fokus på hälsoekonomiska analyser huruvida olika rehabiliteringsprogram är kostnadseffektiva eller ej.

En annan faktor som kan ha påverkat utbudet av rehabilitering på lokal nivå är nedläggningarna eller omvandlingarna av vårdplatser med rehabiliteringsinriktning i Västra Götalandsregionen. Vid årsskiftet 2011-2012 stängdes 28 geriatriska vårdplatser, samtidigt som 40 akutgeriatriska vårdplatser omvandlades till annan inriktning (SU 2012).

3.1.3 Fördelar med rehabilitering

Rehabilitering är som tidigare nämnt de insatser som ämnar att hjälpa den skadade patienten att återvinna bästa möjliga funktion efter en olycka, operation eller liknande (Höök & Grimby 2001; Borg, Borg, Gerdle & Stibrant Sunnerhagen 2015). Det finns undersökningar och rapporter som påvisar de kliniska fördelar som rehabilitering ger (DeLisa, Gans & Walsh 2005; Perk 2001; Gutenbrunner, Ward & Chamberlain 2009). Många av dessa undersökningar och studier har genomförts som en jämförelse mellan patientgrupper. Denna jämförelse kan ske på ett sådant sätt att man ger de olika patientgrupperna olika rehabiliteringsinsatser och därefter jämför resultatet.

Vad gäller utvärdering på individnivå finns det stora svårigheter att genomföra en sådan jämförelse. Det är en omöjlighet att samtidigt ge en patient vård och därefter jämföra med resultatet patienten skulle erhålla om densamma varit utan vården (Ward 2005). Viktigt att notera är även att effekten av olika rehabiliteringsinsatser kan variera mellan patienter inom samma patientgrupp, med samma diagnos eller skadeläge och till synes samma förutsättningar för att tillgodose sig de givna rehabiliteringsinsatserna. Anledningen till detta är att det finns flertalet faktorer på individnivå som är starkt bidragande till hur patienten svarar mot de givna rehabiliteringsinsatserna. Exempelvis påverkar patientens miljö och omgivning samt personlig karaktär och inställning (Gutenbrunner, Ward & Chamberlain 2009; Borg et. al. 2015).

De fördelar rehabiliteringsinsatserna för med sig kan delas upp på samhällsnivå och individnivå. Vad gäller samhällsnivån finns det studier som påvisar att rehabilitering ökar chanserna för återgång till arbetet, vilket är fördelaktigt dels för individen men också för samhället i stort (Ward 2005). Exempelvis finns det studier som påvisar att intensiva rehabiliteringsinsatser har kortat ner vårdtiderna för akuta ryggmärgsskador (Dahllöf, Höök, Levi & Stjernberg 2001). Enligt Blix (2013) visar forskning att rehabiliteringsinsatser kan leda till lägre sjukfrånvaro och minskad förtidspensionering. Det finns även evidens för att rehabiliteringsprogram är kostnadseffektiva på lång sikt med kostnadsbesparingar som resultat. Dessa besparingar kan härledas från bland annat minskade komplikationer och tidigare återgång till arbete. Till exempel genomfördes en 5-årsuppföljning där en jämförelse ägde rum mellan två grupper; en som genomgått ett hjärtrehabiliteringsprogram och en som inte gjort det. Uppföljningen påvisade en kostnadsminskning på 75 000 kr per patient för de som genomgått rehabiliteringsprogrammet (Perk 2001).

De fördelar som rehabilitering ger på individnivå, är att de möjliggör bäst potential för att återfå sina tidigare funktioner i så stor utsträckning som möjligt. Rehabilitering kan även förbättra livskvaliteten, då det finns en koppling mellan mentalt välmående och graden av självständighet (DeLisa, Gans & Walsh 2005). Vidare finns det evidens för att rehabiliteringsinsatser reducerar antalet komplikationer och dysfunktionaliteter hos patienter (Ward 2005). Enligt Höök (2001) och Sojka, Thomeè & Grimby (2015) möjliggör intensiv rehabilitering en snabbare återuppbyggnad av muskulaturen och ökar således chanserna till en snabbare återgång till arbete.

Flertalet patienter som är i behov av rehabiliteringsinsatser har i ett tidigare skede i vårdkedjan varit immobiliserade, exempelvis som följd av ett kirurgiskt ingrepp. Immobilisering har negativa inverknings på flertalet av kroppens funktioner, såsom nervsystemet, muskulaturen samt psykisk funktion för att nämna några. Rehabiliteringsinsatser bromsar således dessa negativa inverknings (Höök 2001; Sojka, Thomeè & Grimby 2015). Generellt sett så är det positivt med så tidiga rehabiliteringsinsatser som möjligt eftersom de negativa effekter som immobilisering ger då kan motverkas. Bland annat leder tidiga rehabiliteringsinsatser till en minskad risk för kroniskt smärttillstånd och långvarig funktionsnedsättning för patienter med traumatiska ryggbesvär (Nordemar 2001; Börsbo & Lemming 2015).

3.1.4 Förutsättningar för god rehabilitering

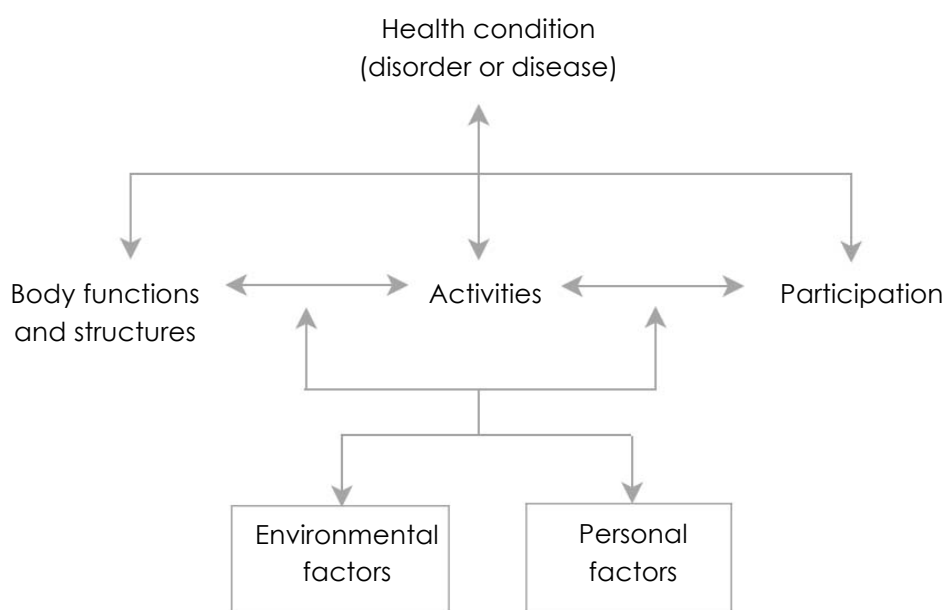
För att kunna tillhandahålla en effektiv rehabiliteringvård är det viktigt att ha de rätta förutsättningarna för att bedriva den. Enligt Gutenbrunner, Ward & Chamberlain (2009) är en av de mest grundläggande faktorerna att ha de rätta kompetenserna och resurserna. Som tidigare nämnt så är flertalet olika professioner delaktiga i en rehabiliteringsinsats. Beroende på patientens diagnos kommer det även att behövas tillgång till olika typer av resurser inom sjukhuset. Exempel på sådana kan vara tillgång till gym samt andra resurser som är nödvändiga för att bedriva den tilltänkta vården. Då många olika professioner är inblandade i rehabiliteringen, samt att sjukvården i allmänhet är en komplex verksamhet, ställs också högre krav på koordination,

samordning och kommunikation professioner emellan. Detta för att samtliga inblandade, även patienten, ska ha samma mål att sträva efter (Höök & Grimby 2001; Rivano-Fischer 2015).

Enligt Ward (2005) är rehabilitering beroende av en effektiv samordning och kommunikation för att över huvud taget kunna fungera. Brister i kommunikationen och informationsöverföringen kan enligt Socialstyrelsen (2017) leda till negativa konsekvenser för vårdutfallet. Värdet av teamarbete är enligt Ward betydligt högre än summan av de individuella aktiviteterna som de olika professionerna genomför, då det vid en effektiv samordning bland annat sker ett lärande av varandra. I en rapport från SBU (2015) drogs slutsatsen att teamarbete gav bättre såväl aktivitets- som funktionsförmåga jämfört med konventionell rehabilitering.

Andra faktorer som lyfts fram i den studerade litteraturen är patientens deltagande och motivation samt miljön och omgivningen (Höök & Grimby 2001; Ward 2005; Grimby & Stibrant Sunnerhagen 2015). Då rehabilitering kräver stort engagemang från patienten är det mycket viktigt att dennes motivation stimuleras. Ingen kan tvinga en patient att utföra vissa övningar eller träningsmoment. Det finns olika tillvägagångssätt för att öka patienternas motivation. Framförallt bör patienten i ett tidigt stadie tillåtas att vara delaktig och involveras i rehabiliteringen, då detta kan öka vederbörandes motivation och engagemang mot de rehabiliteringsinsatser som ges (SOU 2016:2). En annan faktor med gynnsam effekt på motivationen är om patienten kan bli intagen på en rehabiliteringsavdelning där det vårdas andra patienter med liknande diagnos eller skador. Att möta andra patienter i liknande situation är ofta stimulerande då patienterna kan utbyta erfarenheter och med egna ögon se exempelvis de funktionsförbättringar som rehabilitering för med sig (Höök & Grimby 2001).

Enligt Gutenbrunner, Ward & Chamberlain (2009) beskrivs miljön och omgivningen som en viktig förutsättning för en effektiv rehabilitering. Med miljö och omgivning avses dels det stöd som ges från familj, vänner och arbetsplats men också mer konkret den fysiska miljö som rehabiliteringsinsatserna genomförs i. Sammantaget visar World Health Organisations (2001) konceptuella modell (se figur 3.1) över interaktionerna och sambanden i en rehabiliteringsprocess hur komplex rehabiliteringen är. Som modellen visar beror deltagandet och de kroppsliga funktionerna på vilken eller vilket diagnos- eller hälsotillstånd patienten har. Vidare påverkar både miljömässiga och personliga faktorer, såsom stöd från vänner och familj samt ålder och hälsa. Rehabilitering är således mer än enbart fysisk träning.



Figur 3.1 WHO:s modell, International Classification of Functioning (ICF), över olika faktorerers inverkan och samspel i rehabiliteringen (WHO 2013)

3.2 Patientupplevd vårdkvalitet

Att en patients upplevelse av vården inte enbart är kliniskt förankrad, utan även omfattar bemötande, information och delaktighet, är något som får allt större utrymme i media såväl som i forskning och utveckling av morgondagens vård (Socialstyrelsen 2009). Patientperspektivet är därför till för att ytterligare belysa patientens roll och redogöra för utvecklingen från en sjukvård fokuserad på sjukdomen till en patientcentrerad sjukvård som till större grad involverar patienten.

I följande avsnitt presenteras en redogörelse över vad begreppet patientcentrerad vård innebär samt vilka effekter det kan innebära för patienter, sjukvården och samhället i stort.

3.2.1 Patienten i ett tydligare fokus

Varje patient har ett individuellt sätt att hantera sin egen diagnos eller skadeläge kopplat till exempelvis emotionella, sociala och psykologiska behov. Ur ett medicinskt perspektiv kan en väldefinierad sjukdom eller skada ha ett tydligt behandlingssätt tack vare rutiner och utarbetade tillvägagångssätt. Däremot kan samma sjukdom eller skada, ur ett patientperspektiv, vara associerat till mer komplexa hälsoproblem kopplade till de sociala, emotionella eller framtida behoven. Vårdgivare och vårdpersonal måste därför kunna anpassa sig efter sådana olikheter i patienternas individuella preferenser (World Health Organisation 2008).

Ursprunget till begreppet patientcentrerad vård brukar härledas till 1950- och 1960-talet när en diskussion rörande den snabba tekniska och medicinska utvecklingen inom sjukvården gjort att patientperspektivet gått förlorat. Det ledde till att begrepp som “patient-centered medicine” samt “person-centered medicine” började användas i forskning, något som låg i kontrast till det tidigare begreppet “illness-centered medicine”. Skiftet i begreppsanvändningen belyser skillnaden mellan det tidigare fokuset på patienternas sjukdomar i jämförelse med att nu fokusera på patienternas hälsa och förbättringspotential (Socialstyrelsen 2009).

Patientcentrering har på senare tid även erhållit en tydligare roll i hur svensk sjukvård mäts. År 2016 presenterade SKL, inom ramen för nationella kvalitetsregister, ett initiativ för att förena de olika mått och utvärderingsmetoder som används för att på ett enklare sätt mäta patientens tillfredsställelse, upplevelse och resultat (SKL 2016). Detta gjordes genom introduktionen, i en svensk kontext, av mätparametrarna ”patient-reported outcome measures” (PROM), där patienter själva skattar ett antal vårdrelaterade parametrar såsom livskvalitet och behandling. Utöver PROM används ”patient-reported experience measures” (PREM), som fångar en annan dimension av den patientupplevda kvaliteten – nämligen den mänskliga interaktion som sker inom ramen för den vård som utförs. Således finns det nu en metod för att på ett unifierat sätt fånga upp förbättringsområden där patienter upplever att det finns brister (Black 2013).

3.2.2 Definitionen av patientcentrerad vård

Patientcentrerad vård är både ett svårdefinierat och komplext begrepp. Det beror bland annat på att olika typer av definitioner används i forskning och praktik (Socialstyrelsen 2009). Jämfört med andra kvalitetsdimensioner i hälso- och sjukvård är även patientcentrering den del som undersökts minst. Trots detta är patientcentrering erkänt som en central kvalitetsdimension i svensk hälso- och sjukvård idag (Docteur & Coulter 2012). En modell presenterades av Docteur och Coulter (2012) som svar på bristen av en internationellt erkänd standard eller allmänt accepterad modell för att beskriva samt mäta graden av patientcentrering. Motiveringen var att olika typer av existerande modeller pekade ut varierande dimensioner och aspekter över vad som definierar patientcentrerad vård. När nio framstående modeller granskades i rapporten identifierades fem kärndimensioner för patientcentrering:

- i. *Patienter som medaktör i vården genom information och utbildning*
Syftar till att patienter ska ha tillgång till den information de behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sjukvård. Vården ska utbilda patienter om deras sjukdomar och vårdalternativ för att göra patienter mer kapabla att interagera med vårdpersonal.

- ii. *Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar*
Syftar till att patienterna ska behandlas som individer med en unik uppsättning av behov, preferenser och värderingar. Om patienten inte görs delaktig i den egna vården kan det leda till sämre vårdresultat och onödiga kostnader för sjukvård och samhället i stort.
- iii. *Samordning och kontinuitet inom samt mellan vård och omsorg*
Syftar till samarbete och samordning mellan vårdgivare för att erhålla kontinuitet i vårdprocessen. Utan ett bra samarbete mellan vårdgivare kan patienter uppleva bristande vårdkvalitet och vårdresultat, exempelvis som följd av en felaktigt ordinerad behandling eller motverkande åtgärder.
- iv. *Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke medicinska behov*
Syftar till uppmärksammandet att patientens möte med hälso- och sjukvård är en angelägen och personlig upplevelse som i många fall kan leda till ångest, rädsla samt emotionella och psykiska bekymmer. En patientcentrerad vård inom ramarna för denna dimension bemöter dessa behov istället för att uteslutande fokusera på medicinska aspekter eller ha ett uteslutande sjukdomscentrerat förhållningssätt. En sådan vård kräver samordnade insatser från vårdgivare.
- v. *Involvering av familj och närstående i vården enligt patienters önskemål*
Syftar till att involvering av patienters anhöriga är en avgörande faktor för den patientupplevda vården. Vård som engagerar anhöriga i beslutsfattande, stöttat omsorgsrollen och tar närståendes behov i beaktning anses vara av stor vikt för svenska patienter.

Vidare anses en patientcentrerad hälso- och sjukvård vara ett system som utformas utifrån den målgrupp den ska tjäna, det vill säga patienterna. Det finns även belägg för att en sådan typ av vård genererar bättre hälsoresultat och nöjdare patienter samt att en sådan vård kan generera besparingar för sjukvård och samhälle. Detta är en följd av att patienter i högre grad ges möjligheten att följa ordinerade behandlingar och snabbare kan komma tillbaka i arbete (Docteur Coulter 2012).

När Socialstyrelsen (2009) definierar patientcentrerad vård liknar denna den som beskrivits ovan. Med en delad definition av patientcentrerad vård belyser Socialstyrelsen (2009) vidare att patienternas delaktighet i vården är en bidragande effekt till ökad motivation för att förbättra patienternas enskilda situationer. En ökad delaktighet, tillsammans med ett professionellt och kunskapsbaserat vårdgivarbemötande, utgör även en viktig faktor för patienternas förtroende för vården.

3.2.3 Vikten av patientcentrering

I takt med en ökad betydelse av att möta patienters behov, preferenser och värderingar består idag en väl fungerande sjukvård av ett större fokus på patientcentrering än tidigare (Docteur & Coulter 2012). I likhet med en mer kundcentrerad produkt- och tjänstemarknad, har även sjukvården insett vikten av att involvera patienter kontinuerligt och i ett inledande stadie (Gallan, Jarvis, Brown & Bitner 2012). I *Läkartidningen* förklarar Lynöe, Engström & Löfmark (2009) skiftet till en mer patientcentrerad vård med att patientens ställning har stärkts samtidigt som patienten också har en större grad av autonomi. Således bör en mer ömsesidig relation mellan vårdgivare och vårdtagare utvecklats till den nya efterfrågade standarden.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har sedan 2012 genomfört jämförelser där Sveriges sjukvård analyseras och jämförs ur ett internationellt perspektiv. De konstaterar i 2014 års rapport *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* att Sverige är ett av de länder där patienten har erhållit minst information från vården för att fatta ett underbyggt beslut om sin vård och hälsa. Detta är något som ytterligare stärks året efter i *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* där Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar även att liknande tendenser finns inom den svenska primärvården, där primärvårdsläkarnas svar indikerar en tydlig förbättringspotential kring patientcentreringen (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015).

I *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016) betonas det vidare att svensk sjukvård fortfarande upplever stora utmaningar avseende patienternas upplevelser. Framförallt är det gällande patienternas upplevda delaktighet samt information och samordning där Sverige uppvisar sämre resultat än majoriteten av de andra jämförda länderna (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016). Som en del av en mer patientcentrerad vård har det på en nationell nivå gjorts ändringar i hälso- och sjukvårdslagen där exempelvis kontakten mellan patient och vårdpersonal samt respekten för patientens självbestämmande betonas (SFS 2017:30). Även om insatser gjorts för att stärka patienter som grupp genom att i Sverige fokusera på att förtydliga ställningen, finns det enligt Socialstyrelsen vinster i att jobba ytterligare för att integrera patienten samt redogöra för dess roll. Vidare konstaterar Socialstyrelsen att delaktighet ger bättre resultat, där ett patientcentrerat arbetssätt framhålls som att ha positiv inverkan på en verksamhets resultat (Socialstyrelsen 2009).

3.2.4 Fördelar och hinder med patientcentrering

På en internationell nivå konstaterar världshälsoorganet World Health Organization (2008) att nyckeln till att lyckas med en säker, effektiv och samhällsmässigt produktiv primärvård är att sjukvården agerar för att sätta människan först. Genom att ha patienten som utgångspunkt genom hela arbetet möjliggör det för sjukvården att nå de överordnade målen. På en nationell nivå argumenterar samtidigt Inger Ekman, centrumföreståndare för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, för ett ökat patientfokus. I hennes artikel i Svenska Dagbladet (2011)

redogör hon för de då 29 pågående forskningsprojekten tillsammans med Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet. Det har i deras studier påvisats att ett mer patientfokuserat arbetssätt både kan innebära en minskning av vårdtiderna och sparade pengar.

Tydliga fördelar som har observerats med patientcentrerad vård är framförallt en ökad tillfredsställelse med vården och ett tydligare samband mellan bemötande och behandlingseffekt, något som även tidigare konstaterats av Socialstyrelsen år 2005 (Socialstyrelsen 2009). En positiv upplevelse till följd av delaktighet är också ett samband som betonas i andra studier (Larsson 2008). Delaktighet kan upplevas i form av lyhördhet från vårdpersonal, uppmärksamhet och ett genuint intresse för patientens historia, förutsättningar och målbild. Vidare beskrivs, utöver att bidra med korrekt och givande information, att patientdelaktigheten stimuleras av att vårdpersonal förmedlar vårdrelaterade kontakter inom och utanför sjukhuset (Larsson 2008).

En mer patientcentrerad vård ligger också till grund för en förbättrad upplevd vårdkvalitet. De centrala aspekterna i definitionerna av patientcentrering har en stark relation till det som avgör patienternas upplevelser av vården. En mer informativ och involverande vård är exempel på positiva faktorer som bidrar till att stärka intrycken av hela vårdkedjan (Health Foundation 2014).

Samtidigt finns det ett antal hinder till varför patientcentrering inte är fullt implementerad än, men också till varför det kan vara en svårare uppgift än vad som uppfattas vid första anblick. Att sjukvården är komplex och till stor del består av varierande specialiteter, funktioner och intressenter är något som tidigare nämnts. Utöver detta finns det dock skillnader mellan vårdprofession och patient, där en upplevelse för patienten grundar sig i personliga känslor och upplevelser, vilket står i kontrast mot kliniska mått (Health Foundation 2014). Det bör dock tilläggas att det finns flera dimensioner som kan påverka den patientupplevda vårdkvaliteten. Ett område där det fortfarande behövs mer forskning är hur individuella förutsättningar såsom ålder, social ställning och funktionshinder påverkar vårdupplevelsen (Larsson 2008).

3.3 Effektivitet i vårdproduktion

Den 21 november 2013 beslutades vid ett regeringssammanträde att en analys ska genomföras angående hur hälso- och sjukvården kan använda tilldelade resurser på ett mer ändamålsenligt sätt (dir. 2013:104). En nationell samordnare tillsattes och lämnade år 2016 sitt slutbetänkande *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Utredningen visade på att hälso- och sjukvården både kan och måste effektiviseras för att möta de framtida utmaningar vården står inför. Effektivitetsbegreppet har dock använts tidigare än så i hälso- och sjukvårdssammanhang. Exempelvis har Socialstyrelsen (2014) angett effektivitet som ett av fem delmål som tillsammans ska ligga till grund för arbetet mot att nå det övergripande målet för hälso- och sjukvårdsarbetet, nämligen en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Även i Porter & Teisbergs (2004) analys av det amerikanska sjukvårdssystemet är effektivitet ett centralt begrepp. Trots detta förefaller en viss begreppsförvirring råda i diskussionerna om effektiviseringar i hälso- och sjukvården. Värde och

produktivitet är exempel på begrepp som ofta nämns i samband med effektivitet och utgör en källa till förvirring då begreppen har olika betydelse i olika sammanhang samt delvis överlappande innebörd.

I följande avsnitt diskuteras begreppen värde, effektivitet och produktivitet, svårigheter med att mäta effektivitet i sjukvård samt härledning av kostnader i vårdproduktion.

3.3.1 Värde, produktivitet och effektivitet

Värde enligt Porter & Teisberg (2006), är utfallet av den vård som bedrivs i förhållande till dess produktionskostnad, det vill säga vårdutfall per investerad monetär enhet. Vårdutfall, eller "outcomes" som Porter (2010) benämner det, syftar till resultatet av den producerade vårdtjänsten i termer av hur väl patienters behov blir uppfyllda. Eftersom värdebegreppet både tar hänsyn till såväl utfall som kostnad omfattar begreppet även effektivitet (Porter 2010).

$$\text{värde} = \frac{\text{utfall av vårdinsats}}{\text{kostnad för vårdinsats}}$$

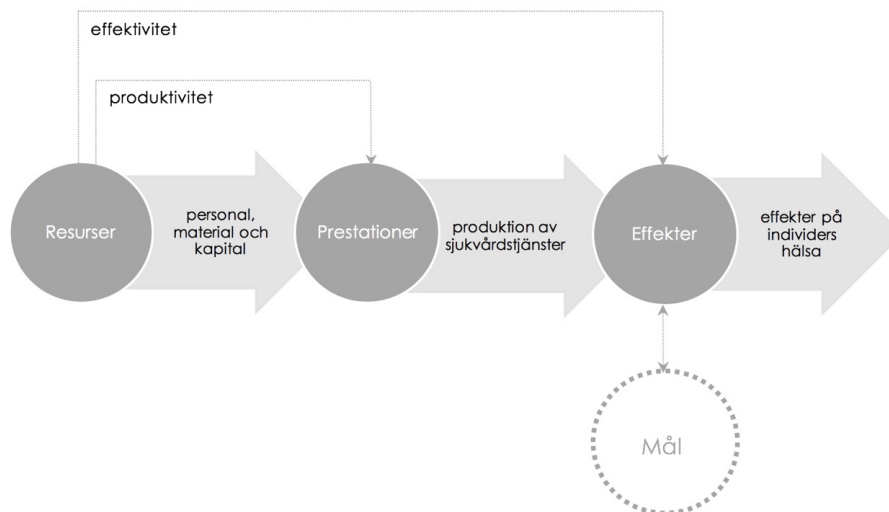
Figur 3.2 Porter & Teisbergs (2006) definition av värdebegreppet.

Sjukvårdssystemet i allmänhet och sjukhusorganisationer i synnerhet är enligt Glouberman & Mintzberg (1996) komplexa verksamheter där olika intressentgrupper eller aktörer i sjukvårdssystemet styrs utifrån olika logiker. Det faktum att det finns skiljaktigheter mellan de i sjukvårdssystemet ingående intressentgrupperna som Glouberman & Mintzberg (1996) redogör för, ligger till grund för målkonflikter intressentgrupperna emellan. Enligt Porter (2010) har avsaknaden av en enad och tydlig målbild resulterat i att de olika intressentgrupperna delvis tillämpar olika tillvägagångssätt med olika fokus för att förbättra systemet, där kvalitet, kostnadsbegränsningar, säkerhet, patientcentrering och patientnöjdhet är ett antal exempel på suboptimerade målsättningar. Istället menar Porter (2010) att den övergripande målsättningen för sjukvården bör sättas till att öka värdet.

Att öka värdet förknippas inte med kostnadsreducerande åtgärder (Porter 2008). Istället argumenteras för att ett sådant fokus snarare blir kontraproduktivt i många fall. Detta då kostnadsreducerande åtgärder som görs utan att beakta dess inverkan på värdet, istället kan komma att resultera i högre kostnader i det längre perspektivet. Detta som följd av ett försämrat vårdutfall, uteblivna investeringar et cetera. Porter (2010) menar att det snarare är kvalitetsförbättringar som ligger till grund för kostnadsbesparingar i vårdssystemet eftersom utfallet av högkvalitativa vårdinsatser leder till att patienter snabbare återfår hälsan och dessutom i större utsträckning kan behålla den över tid. Detta är något som leder till en minskad belastning på sjukvårdssystemet och följaktligen också har kostnadsreducerande effekt.

I utredningen om effektiviseringar i den svenska hälso- och sjukvården (SOU 2016:2) redogörs för en annan syn på värdebegreppet. Utredningen menar istället att “värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet mellan eller interaktionen mellan patienten och vården”. Vidare redogörs för de relaterade begreppen värdekedjor, värdecenter och värdenätverk vilka alla är exempel på olika bakomliggande logiker för att organisera vården utifrån patientens behov. Värde, i detta sammanhang, tar alltså inte hänsyn till resurser eller kostnader, något som är centralt i Porter & Teisbergs (2006) definition av värdebegreppet.

Det som Porter & Teisbergs (2006) ser som värde liknar däremot det Svensk Näringsliv lyfter fram som effektivitet i sin rapport *Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden (2016)*. Effektivitet definieras där som graden av måluppfyllelse i förhållande till resursanvändning - en relation som ofta glöms bort i diskussionerna kring effektiv vård (Svenskt Näringsliv 2016). Inte sällan sker en begreppsförvirring mellan det nära besläktade begreppet produktivitet vilket mäter förmågan att omvandla resurser till resultat, där resultat inom sjukvården uttrycks i form av producerande tjänster. Gränsdragningen mellan dessa begrepp står alltså inte alltid helt klar men som ett försök att ytterligare förtydliga skillnaden kan produktivitet sägas motsvara förmågan ”att göra saker rätt”, medan effektivitet motsvarar förmågan “att få rätt saker gjorda”. Det innebär att en effektiv produktion måste vara produktiv, men samtidigt leder inte hög produktivitet nödvändigtvis till hög effektivitet. Exempelvis kan en tjänsteproduktion vara mycket produktiv men tjänsten i sig efterfrågas inte på marknaden och således är då produktionen ineffektiv (Svenskt Näringsliv 2016).



Figur 3.3 Effektivitet och produktivitet i vårdproduktion. Bearbetad från Svenskt Näringsliv (2016).

Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) har i det närmsta samma syn på effektivitet som den Svenskt Näringsliv (2016) redogör för och sammanfattas som:

Det mesta och bästa till patienten utifrån tillgängliga resurser, det vill säga att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient.

(SOU 2016:2, s.19)

Oavsett vilket begrepp som används förefaller andemeningen vara densamma, nämligen den att vården bör eftersträva ett maximalt utfall per investerad resurs (Porter 2010; Svenskt Näringsliv, 2016; SOU 2016:2). Utfallet omfattar rent medicinska utfallsmått, men framförallt det patientupplevda utfallet. Gemensamt är också synen på att enkom kostnadsreduceringar inte är vägen att gå för att uppnå en effektivare sjukvård. Med det sagt kommer denna studie fortsättningsvis att avse Svenskt Näringslivs (2016) definition av effektivitet när begreppet så används.

3.3.2 Svårigheter att mäta effektivitet i sjukvård

Den 1 april år 2017 trädde en ny hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) i kraft och ersätter därmed den tidigare (SFS 1982:763). I den nyantagna lagen återfinns, precis som i dess föregångare, allmänna bestämmelser för hälso- och sjukvård, ansvarsfördelning mellan olika vårdutövare såsom landsting och kommun, et cetera. I 3 kap. 1 § av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anges vad det allmänna målet med hälso- och sjukvårdsarbete är, nämligen *“en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”*. Detta övergripande mål gör det svårt att mäta effektiviteten i vården på grund av svårigheterna att mäta hälsa och livskvalitet (SOU 2017:2). Hälsa på individnivå är beroende av en kombination av en mängd olika faktorer, se tabell 3.1. Det är därför svårt, för att inte säga omöjligt, att urskilja och fastställa vårdens bidrag till hälsoutvecklingen. Då effektivitetsbegreppet dessutom innefattar resursanvändning blir svårigheterna än större.

Tabell 3.1 Faktorer som påverkar hälsa på individnivå. Bearbetad från Whitehead et al. 2001; SOU 2017:30.

Lager	Faktorer
Individuellt bundna	Arv, kön, ålder
Individuella livsstilsfaktorer	Narkotika, alkohol, sömnvanor, matvanor, motion, tobak, sex- och samlevnad
Sociala nätverk	Interaktion, kamratskap, sociala normer
Livs- och arbetsförhållanden	Vatten och sanitära förhållanden, hälso- och sjukvård, kultur och fritid, utbildning, arbetsmiljö, arbetslöshet, stadsplanering, boende

Socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förutsättningar

Vidare är det övergripande målet för hälso- och sjukvårdsarbete alltför allmänt hållet för att på ett verkningsfullt sätt kunna följas upp. En nedbrytning och precisering krävs därför av lagstiftningen (SOU 2017:30). Socialstyrelsen (2014) har, som tidigare nämnts, därför utifrån lagstiftningen låtit precisera ett antal delmål där effektivitet är ett av sex sådana. Trots det görs sällan hälsoekonomiska utvärderingar där positiva effekter på hälsa eller livskvalitet ställs mot kostnader för vårdinsatser (SOU 2017:30).

Även Porter (2010) hävdar att utfall av vårdinsatser och kostnaden för densamma i dagsläget är svårt att mäta. Han argumenterar för att svårigheterna främst ligger i hur sjukvården idag är organiserad och strukturerad. Porter (2010) menar att vårdutfall såväl som kostnad för vårdinsatser bör mätas longitudinellt, det vill säga tvärfunktionellt och över hela vårdkedjan eftersom medicinska tillstånd, allt som oftast, involverar flera olika specialiteter och åtgärder. Vidare argumenterar Porter (2010) för att sjukvårdens nuvarande organisationsstruktur bestående av "focused factories" specialiserade på vissa typer av nischade åtgärder, försvårar sådana mätningar. Istället efterlyser han "integrated practice units" med ansvar för uppföljning av vårdkedjan i sin helhet.

Att mäta effektivitet i hälso- och sjukvård är, som konstaterat ovan, förknippat med stora utmaningar. Trots det pågår idag olika typer av arbeten i vården med syftet att öka effektiviteten (SOU 2017:30). Det genomförs främst genom att identifiera befintlig ineffektivitet och onödig resursanvändning. Genom att identifiera och kartlägga ineffektiva insatser och processer kan resurser omfördelas och därigenom kan högre effektivitet uppnås. Med ett sådant tillvägagångssätt ges en del svar på vilka förändringar som kan implementeras i verksamheten för att göra den mer effektiv ur ett verksamhets- såväl som samhällsperspektiv (SOU 2017:30).

Vidare har personalsammansättningen en stor inverkan på effektiviteten. Eftersom vårdarbete sker i samverkan mellan patienter och vårdpersonal bestående av flera olika professioner med olika kompetenser är det viktigt att patientens behov matchas mot överensstämmande kompetens hos vårdpersonalen. Dels för vårdkvaliteten, men även ur ett kostnadsperspektiv då det principiellt gäller att högre formell kompetens är förknippat med högre kostnader. Följaktligen kan förutsättningar för hög effektivitet skapas genom att i största möjliga mån matcha arbetsuppgifter mot den profession eller yrkeskategori som bäst kan utföra dem till lägst kostnad. Detta kallas ofta för BEON eller LEON, principen för bästa/lägsta effektiva omhändertagandenivån (SOU 2016:2).

3.3.3 Härledning av kostnader i vårdproduktion

Trots svårigheterna att mäta effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet finns idag ett arbete med att identifiera och kartlägga kostnaderna i produktionen av vårdtjänster. Genom KPP-metoden (kostnad per patient) utarbetad av SKL (2015a), dokumenteras information om vilken vård som utförts och vilka resurser som använts i samband med detta. KPP-metoden består bland annat av ett antal standardiserade riktlinjer om hur olika typer av kostnader och liknande ska redovisas. KPP-data rapporteras sedan in till SKL vilket möjliggör uppföljning, jämförelse och interna analyser av förändringar över tid. KPP-data kan följaktligen komma att användas som beslutsunderlag och därigenom underlätta ledning och styrning (SKL 2015a).

KPP ämnar fånga kostnaderna per patient och vårdkontakt. En vårdkontakt definieras som en kontakt mellan patient och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs. Slutenvård, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och fjärrkontakt är alla olika exempel på vårdkontakter. KPP avser alltså fånga samtliga kostnader för aktiviteter relaterade till en specifik patient, oavsett vem som utfört dem eller hur resursen/aktiviteten är organiserad (SKL 2015a). KPP ligger därmed i linje med det som Porter (2010) efterlyser som integrated practice units.

Kostnadsberäkningar enligt KPP-metoden ska initialt ske genom dokumenterad förkalkyleringsmetod och efter årsbokslut ska efterkalkyleringar göras. Inom ramen för metoden finns tydliga riktlinjer avseende vilka kostnader och kostnadskomponenter som ska inkluderas respektive exkluderas vid beräkningarna. Grundkostnad på avdelning (slutenvård), operation, insatser av läkare och annan behandlande personal samt läkemedel är ett antal vårdtjänster (tjänster som utförs vid vårdkontakt) vilka ska inkluderas i beräkningarna. Vidare är ambulanstransporter, FoUU (forskning, utveckling och utbildning), landstings- och regionövergripande tjänstemannaorganisation samt stödfunktioner exempel på kostnader vilka ska exkluderas ur beräkningarna (SKL 2015a).

3.4 Vårdrelaterade hållbarhetsaspekter

Hållbar utveckling definieras av FN som möjligheten att tillgodose dagens behov utan att kompromissa för det framtida. Visionen består av tre grundpelare: ekonomisk, ekologisk och social hållbarhet (FN 2016). En definition av hållbarheten i sjukvårdsorganisationer är deras långsiktiga förmåga att allokera resurser för att tillgodose såväl individens som samhällets behov utan att kompromissa med någon av de tre grundpelarna (Gruen *et al.* 2008). Ett primärt fokus i denna studie har valts att läggas på den sociala och ekonomiska hållbarheten.

3.4.1 Jämlik vård

Jämlik vård är en del av det socialt hållbara samhället som Folkhälsomyndigheten (2014) på ett övergripande sätt definierar som ett jämställt samhälle där människor lever ett gott liv med god hälsa, utan orättvisa skillnader. Det är även viktigt att tydligt definiera och omsätta den sociala hållbarheten i praktiken, utifrån regionala eller lokala förutsättningar och behov (Folkhälsomyndigheten 2014). Västra Götalandsregionen, SU:s uppdragsgivare, kommunicerar följande angående jämlik vård till regionens vårdgivare och samarbetspartners:

Vårt fokus är att alla människor som har kontakt med vården ska få en bra hälso- och sjukvård, oavsett kön, sexuell läggning, könsidentitet, etnisk tillhörighet, ålder, funktionsförmåga, social ställning, bostadsort eller utbildning.

(Vårdgivarwebben 2017)

Begreppet jämlik vård är flitigt använt. Trots detta finns det inga särskilda skillnader i definitionerna dem emellan. Starfield (2011) väljer att förklara begreppet såsom avsaknaden av systematiska skillnader mellan grupper på grund av sociala, ekonomiska eller geografiska faktorer. Vidare skriver Starfield (2011) att jämlikhet inom sjukvården kan delas upp i två dimensioner: En vertikal och en horisontell. Den vertikala dimensionen innebär att patienter med större vårdbehov även ska få tillgång till större resurser. Den horisontella dimensionen innebär att patienter med samma vårdbehov också ska få tillgång till samma resurser.

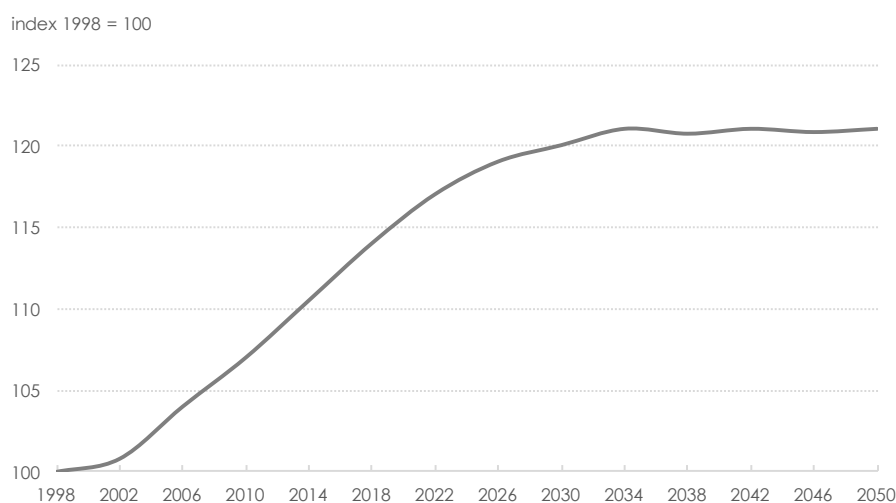
Trots att den generella hälsoutvecklingen i Sverige är god, finns det hälsoklyftor som till största del beror på socioekonomiska skäl (Socialdepartementet 2012). Vidare finns det enligt Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (2011) en problematik kring att kunskap och resurser för rehabilitering skiljer sig åt beroende på diagnos samt var i landet vården genomförs. Denna problematik skulle kunna ligga i konflikt med hälso- och sjukvårdslagens (SFS 2017:30) mål att tillhandahålla *“en vård på lika villkor för hela befolkningen”*.

3.4.2 Ekonomisk hållbarhet

Ekonomisk hållbarhet definieras som förmågan att hushålla med såväl mänskliga som materiella resurser utan att det sker på bekostnad på den ekologiska eller sociala hållbarheten (Kungliga

Tekniska Högskolan 2015). Sverige står, likt många andra västländer, inför stora utmaningar i form av en åldrande befolkning. Konsekvensen av den demografiska utvecklingen är dels att färre personer i yrkesverksam ålder ska försörja en allt äldre befolkning och dels att de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård förväntas öka de kommande åren. Bara i Västra Götalandsregionen förväntas antalet invånare över 80 år öka med 50 procent till 2030 (VGR 2016). De stigande utgifterna är en följd av den ökade efterfrågan på offentligt finansierade välfärdstjänster som den åldrande befolkningen förväntas bidra till (Finansdepartementet 2000; Socialstyrelsen 2015).

Ökade sjukvårdsrelaterade kostnader, vilket illustreras i figur 3.4, innebär en stor utmaning för Västra Götalandsregionen då större delen av de kostnader som presenteras i diagrammet förväntas hamna på kommuner och landsting (Finansdepartementet 2000; Socialstyrelsen 2015). Mot bakgrund av den rådande utvecklingen, samt det faktum att sjukvården till största delen finansieras av skattemedel, finns det ett stort allmänintresse att se till att de offentliga resurserna utnyttjas på bästa möjliga sätt. Om rehabiliteringen utformas på ett resurseffektivt sätt möjliggörs även tidigare återgång till arbete för de patienter som är i yrkesålder. Faktum är att rehabilitering generellt sett leder till lägre sjukfrånvaro och minskad förtidspensionering (Blix 2013).



Figur 3.4 Demografiskt betingad framskrivning av sjukvårdskostnader (Finansdepartementet 2000).

Att reducera tiden det tar att återgå till arbete ger inte enbart positiva effekter för samhällsekonomi utan också för den personliga livskvaliteten hos individen (Forte 2014). Vidare menar Cederqvist och Hjortendal Hellman (2005) att effektiviseringar i form av kvalitet och produktivitet kommer att öka i betydelse då sjukvårdens ekonomiska resurser är begränsade. Det

är enligt Mulder (2006) ohållbart att försöka möta ett ökat behov enbart genom att tillföra ytterligare resurser. Istället bör fokus ligga på effektiviseringar.

3.5 Kapitlets kärna

I det här kapitlet har teori och tidigare forskning relaterad till klinisk vårdkvalitet, patientupplevd vårdkvalitet och effektivitet introducerats. Därutöver har för studien relevanta hållbarhetsaspekter belysts. I delen som behandlar det kliniska perspektivet har definitionen av rehabilitering och dess ökade efterfrågan redogjorts för. Vidare har även fördelarna och förutsättningarna för god rehabilitering tagits upp. I patientperspektivet har skiftet till ett ökat patientfokus beskrivits där det vidare även har redogjorts för definitionen samt för- och nackdelar med en patientcentrerad vård.

Kapitlet har även behandlat effektiviteten i vårdproduktionen och svårigheterna associerade till att mäta effektivitet inom vården. Där redogjordes också för hur kostnader inom vårdproduktion härletts. Slutligen har även en jämlik vård och ekonomisk hållbarhet behandlats som en del av studiens hållbarhetsmoment. Här har både SU:s vision och den nationellt omfattande policyn inkluderats.

4 Resultat

Inom ramen för detta kapitel sammanställs den empiri som framkommit genom datainsamlingen. Resultatet presenteras här utifrån respektive datainsamlingsmetod. Inledningsvis presenteras utfallet av enkätundersökningen följt av intervjuer och kostnadsberäkningar.

4.1 Enkätundersökning

Resultatet av enkäten, vilket presenteras i sin helhet i figur 4.1, visar nuvarande situation (2017) till stor del upplevs som den situation som beskrivs i SU:s rapport 2012 gällande bristande matchning av vårdinsatser för medicinskt färdigvårdade patienter. Enligt de tillfrågade vårdenhets- och områdescheferna anser 61 procent att de känner igen situationen på deras avdelning och anger bland annat samarbetet med kommunen och att patienten ligger felplacerad som anledningar till situationen fortfarande existerar. Detta har påvisats genom följande enkätsvar:

Vi har allt fler patienter som är färdigvårdade från sjukhusets sida men ligger kvar i väntan på att kommunen skall kunna ta emot dem. Egentligen skulle de må bäst av fortsatt vård inklusive rehabinsatser utanför sjukhuset, men då inte kommunen ännu förmår att ta hem dem i tid bör vi förstärka rehabinsatserna hos oss.

(Enkätsvar)

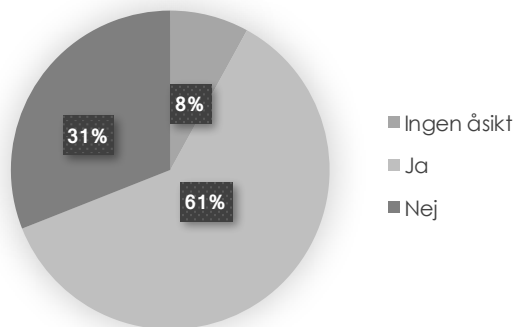
Även ett ouppfyllt behov av rehabilitering verkar existera. Resultatet från enkäten visar på att det finns patienter som återgår till hemmiljön utan anslutande rehabilitering. Dels tycks detta bero på personalbrist men också för att det i deras nuvarande vårdkedja inte existerar ett naturligt nästa steg till rehabiliteringen som nedanstående enkätsvar redogör för.

Flertalet av patienterna som opereras hos oss skulle vara i behov av en kortare (eller längre) tids rehabilitering. Dessvärre är det ofta långa köer till rehab och patienten blir kvar på avdelningen - det slutar ofta med en vårdplanering och antingen korttidsboende (med ännu längre väntetider) eller återgång till hemmet med hemtjänst och en icke-optimal rehabilitering.

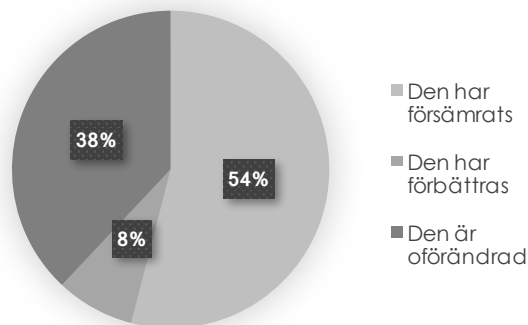
(Enkätsvar)

Enkäten visar vidare att 31 procent inte känner igen situationen som beskrivs, om det beror på att de anser att den försämrats eller förbättrats har dock inte gått att utläsa. Vidare redogör enkäten även för huruvida respondenternas upplevelser att situationen har förändrats sedan de tillträdde sin nuvarande roll. Ur figur 4.1 kan också utläsas att majoriteten, 54 procent, av respondenterna anser att situationen försämrats medan 38 procent upplever den som oförändrad.

Känner du att situationen som beskrivs i SU:s rapport (2012) stämmer in på din avdelning/avdelningar?



Givet beskrivningen i SU:s rapport (2012), hur anser du att situationen har förändrats sedan du tillträdde din roll?



Figur 4.1 Resultat från enkätundersökningen.

4.2 Professionsintervjuer

I detta avsnitt presenteras data från intervjuer med vårdpersonal som har rehabiliteringskompetens. Flera olika befattningar har intervjuats. För detaljerad information se tabell 2.1. Under intervjuerna diskuterades respondenternas erfarenheter av dagens situation utifrån hur vårdkedjan fungerar och deras upplevelse kring de problem som beskrivs i SU:s rapport (2012). Intervjuerna fokuserade också på respondenternas tankar och erfarenheter kring hur god rehabilitering bör bedrivas samt vilka konsekvenser de tror att införandet av en rehabiliteringsavdelning skulle kunna innebära. För intervjumall, se bilaga 2 *Intervjumall för professionsintervjuer*.

4.2.1 Identifiering av teman

Utifrån intervjumaterialet identifierades ett antal koder, kategorier och teman, i enlighet med den analysprocess som beskrivs i 2.5.1 *Analys av kvalitativ data*. Dessa presenteras i tabell 4.1 nedan.

Tabell 4.1 Kod, kategorier och teman för analys av professionsintervjuer.

Tema	Kategori	Kod
Nulägesbild	Kvarvarande rehabiliteringsbehov	Patienter ligger kvar på akutmåvårdsplatser med rehabiliteringsbehov Låg tillgänglighet på rehabilitering för patienter under 65 år Skillnad i rehabiliteringsresurser mellan olika diagnoser
	Platsbrist	Press att skriva ut på grund av platsbrist Sjuksköterskebristen en viktig faktor Patienter blockerar akutmåvårdsplatser
Förutsättningar för bra rehabilitering	Personalsammansättning	Teamarbete med många olika professioner Kommunikationen mellan professioner viktigt
	Aktiv och deltagande patient	Tidigt komma igång med träning Muskelstyrka försvinner snabbt
	Miljö och omgivning	Trygghet för att bland annat övervinna rörelserädsla Rätt utrustning
	Kontinuerlig och intensiv rehabilitering	Tydligt skifte från det medicinska till rehabilitering Patienter kan förlora funktioner utan kontinuerlig och intensiv träning Viktigt efter immobilisering
Möjliga effekter av en rehabiliteringsavdelning	Ändamålsenlig bemanning	Mindre behov av läkare och sjuksköterskor Mer fokus på rehabilitering
	Bättre vårdutfall	En rehabiliteringsavdelning möjliggör potential för förbättring
	Förbättrad miljö och omgivning	Akutmåvårdsplatser kan användas mer ändamålsenligt Mer fokus på rehabilitering

4.2.2 Nulägesbild

Vid flertalet intervjuer framkom att det i nuläget finns patienter inlagda på en högre vårdnivå än nödvändigt. Patienten kan vara medicinskt färdigvårdad men ha ett kvarvarande rehabiliteringsbehov som är så omfattande att patienten inte är redo för nästa steg i vårdkedjan, vilket till exempel kan vara utskrivning till hemmet eller boende hos kommunen. Då avdelningarna på högre vårdnivåer i vissa fall inte är ämnade för rehabilitering, blir matchningen mellan patientens behov och den vård avdelningen är specialiserad på inte optimal.

Patienterna ligger på akutmåvårdsavdelningar där fokus är just akutsjukvård.

Fokus är inte rehabilitering, utan omvårdnad och medicinskt omhändertagande.

Då är det inte konstigt att det är det patienten får.

(Åsa Sand)

Patienterna får viss rehabilitering också på akutmåvårdsavdelningarna, men enligt flertalet av de intervjuade inte i så stor utsträckning som önskvärt. Det kan exempelvis innebära att patienten inte får möjlighet att träna så mycket som vore önskvärt. På vissa akutmåvårdsavdelningar förloras också tillfällen att röra sig i vardagen genom att hämta sin egen mat i matsalen istället för att få en bricka vid sängen, eller liknande. När patienten ligger kvar på akutmåvårdsavdelningar ”utnyttjas inte rehabiliteringspotentialen”, enligt en av de intervjuade överläkarna. Akutmåvårdsavdelningarna är inte heller lokalmässigt anpassade för rehabilitering. Dock menar en av de intervjuade, som arbetar med rehabilitering på bland annat akutmåvårdsavdelningar, att det oftast efter bästa förmåga istället går att anpassa rehabiliteringen efter lokalen.

Tillgång till rehabilitering kan vara olika beroende på vilken ålder och diagnos en patient har. Av den anledningen löper flera olika patientgrupper större risk att inte få sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda på bästa sätt. En överläkare inom ortopedi beskrev under intervjun skillnaderna mellan hur vårdkedjan fungerar för patienter som är äldre och patienter som är yngre inom sin specialitet. Vederbörande menar att en äldre patient som brutit höften eller liknande har en välfungerande vårdkedja eftersom den geriatriska vården är väl utarbetad. För en yngre patient som drabbats av multitrauma, efter till exempel en cykelolycka, är situationen annorlunda. Har patienten fått en neurologisk skada finns möjlighet att få rehabilitering då SU har en neurologisk rehabiliteringsavdelning. För denna patientgrupp saknas annars en fortsättning på vårdkedjan. Överläkaren inom ortopedi beskrev vidare situationen med följande citat:

Du kommer in efter cykelolyckan, utan allvarlig skallskada, men med massa brutna ben. Då har du ingenstans att ta vägen. Där tar kedjan stopp. Det finns ingen rehabilitering för den som är under 65 år utan neurologiska skador.

(Överläkare inom ortopedi)

Överläkaren inom ortopedi beskriver vidare hur detta leder till att yngre människor ligger på deras akutvårdsavdelning i upp till flera månader. Ett återkommande tema under intervjuerna, i samband med att dagens situation diskuterades, var platsbrist på akutvårdsavdelningar. Överläkaren inom verksamhetsområde kardiologi och transplantationscentrum nämnde under intervjun några av faktorerna som påverkar platsbristen för den verksamhet vederbörande är aktiv inom, se nedan citat:

Det har att göra med att man transplanterar mer än tidigare, och sjuksköterskebristen, som ju är ganska generell.

(Överläkare inom verksamhetsområde kardiologi och transplantationscentrum)

Vårdplatsbristen har många orsaker, där bristen på sjuksköterskor var ett ämne som många av de intervjuade berörde. Vissa av de intervjuade nämnde också att patienter ibland ligger kvar något längre än nödvändigt på grund av att de väntade på insatser från kommunen. Båda dessa aspekter ligger dock utanför studiens avgränsningar och berörs således inte vidare.

4.2.3 Förutsättningar för god rehabilitering

Flertalet av de intervjuade nämner personalsammansättningen som en viktig förutsättning för att kunna bedriva god och effektiv rehabilitering. Personalsammansättningen ska bestå av flertalet professioner, såsom sköterska, läkare, undersköterska, kurator och fysio- och arbetsterapeut. Detta för att täcka in de olika behov som patienterna kan ha. För bästa resultat ska professionerna samarbeta i team mot en gemensam målsättning. Exempelvis berättade en av de intervjuade överläkarna att det hade varit fördelaktigt med en dedikerad rehabiliteringsavdelning som hade tät kontakt med sjukhuset och där det finns ett team med olika professioner för att tillgodose patienternas behov.

Majoriteten av de intervjuade beskrev rehabilitering som en aktiv process där resultatet eller utfallet till stor del även beror på patientens engagemang och motivation. En av de intervjuade beskrev det som att sjukvården kan göra sitt, men mycket hänger på patientens engagemang och deltagande i sin egen vårdprocess. Det ligger alltså i allas intresse att försöka involvera patienten och göra den så motiverad som möjligt. Under intervjuerna framkom att det kan vara en stor utmaning för vårdpersonalen att motivera patienten, exempelvis för att en del patienter ibland kan ha svårt att acceptera att de kan komma att få en reducerad fysisk funktion.

När de intervjuade ombads nämna faktorer som påverkar motivationen positivt var ett återkommande tema omgivningen. Flertalet menar att det är viktigt med en trygg miljö vid rehabilitering, då det inte är ovanligt att vissa patienter lider av en rörelserädsla efter exempelvis ett kirurgiskt ingrepp eller operation. En av de intervjuade förklarade att det kan vara positivt för patienten om vederbörande har möjlighet att i lugn och ro testa om kroppen håller i en trygg miljö. Det är också positivt om miljön är lugn och inbjuder till träning, genom exempelvis god tillgång till träningsutrustning, lokaler och grönområden. Ytterligare en faktor som påverkar motivationen är graden av stöd från sin omgivning i form av familj och vänner.

Tillgång till intensiv och kontinuerlig rehabilitering så fort som möjligt ansågs som en av de viktigaste faktorerna för att få ett bra resultat. Patienter riskerar att tappa vissa återvunna funktioner om vården inte kan tillhandahålla en intensiv rehabilitering. Enligt den intervjuade fysioterapeuten kan patienter som genomgått en operation eller kirurgiskt ingrepp förlora upp till 30 procent av sin muskelstyrka vid en veckas immobilisering. Konsekvenserna av denna muskelförsvagning är att risken för bland annat proppar och blodtrycksfall ökar. Det är således viktigt med en intensiv och kontinuerlig rehabilitering för att återfå den förlorade muskelstyrkan.

Vid intervjuerna har det även framkommit att samarbetet och kommunikationen med kommunen är en viktig förutsättning för en god rehabilitering. Även om denna del i vårdkedjan inte kommer att redogöras för på djupet i denna rapport, då studien är avgränsad till den av landstinget tillhandahållna rehabiliteringen, är det viktigt att lyfta fram denna faktor som en viktig förutsättning. Detta eftersom många patienter har ett fortsatt rehabiliteringsbehov efter att de blivit vårdade och fått rehabilitering på något av landstingens sjukhus.

4.2.4 Möjlig effekt vid införande av en rehabiliteringsavdelning

Problematiken med vårdplats- och sjuksköterskebristen berördes av flertalet av de intervjuade. Majoriteten tror att situationen skulle förbättras med införandet av en rehabiliteringsavdelning, då denna dels skulle ha en lägre bemanningsgrad av sjuksköterskor samt att den, i viss mån, skulle förbättra effektiviteten. Akutvårdsplatserna skulle i större utsträckning användas till patienter med behov av dem, samt att patienterna med ineliggande rehabiliteringsbehov skulle hamna på en mer lämplig avdelning för rehabilitering. Den intervjuade fysioterapeuten beskrev situationen på följande sätt:

Rätt person på rätt plats, och det gäller både patienter och personal.

(Fysioterapeut)

Gällande hur den kliniska vårdkvaliteten skulle förändras vid ett införande av en rehabiliteringsavdelning ansåg majoriteten av de intervjuade att möjligheten till en mer intensiv och kontinuerlig rehabilitering skulle förbättras. Flera av de intervjuade menade att det var svårt att svara på hur den medicinska utgången skulle påverkas vid ett införande av rehabiliteringsavdelningen, men ansåg att den skulle kunna förbättras tack vare bättre förutsättningar för kontinuerlig och intensiv rehabilitering.

En gemensam nämnare som framkom under intervjuerna var att det fanns en tro att en rehabiliteringsavdelning skulle kunna ge patienterna bättre förutsättningar för att återfå maximalt med funktion. Flertalet av de intervjuade trodde också att det skulle resultera i snabbare återgång till vardagen och arbete. I vilken utsträckning anser dock många vara en för svår fråga att svara på.

Ett återkommande tema är att en rehabiliteringsavdelning skulle förbättra omgivningen och miljön för patienterna. Som tidigare nämnt är en trygg och säker omgivning och miljö en viktig faktor för en god rehabiliteringsprocess. Att ligga kvar på akutvårdsplatser är således av naturliga skäl inte optimalt ur patientens perspektiv, eftersom patienterna är i större behov av en lugn och trygg miljö än en avdelning med medicinsk specialistkompetens. En av de intervjuade menade att patienter har en högre förmåga att lyckas med sin rehabilitering om de har tillgång till en trygg omgivning och får en bra start. Flera av de tillfrågade menar också att ett skifte från att ligga på en akutvårdsavdelning till en rehabiliteringsavdelning blir en tydlig mental markör för patienten, vilket avspeglas i följandet citat:

Byter man miljö, ändras också inställningen. Man inser att man nog inte är så sjuk.

(Arbets terapeut)

Patienten ligger då först på en plats för medicin, för att när den är tillräckligt frisk flyttas till en rehabiliteringsavdelning där det till stor del hänger på patienten själv att vara delaktig i processen. Det tydliga skiftet kan öka patientens motivation.

Trots den överlag positiva inställningen till en ny rehabiliteringsavdelning hos de intervjuade, identifierades ett par risker. Bland annat utmaningen förenad med att flytta patienter mellan avdelningar. Till exempel kan ny personal och ny miljö leda till onödiga stressmoment för patienten. Vidare kan en förflyttning, i vissa fall, leda till förlängd vårdtid. En av de intervjuade överläkarna betonade också vikten av att patientens förflyttning sker vid rätt tidpunkt i vårdprocessen; varken för tidigt eller för sent.

Målgruppen för den fiktiva avdelningen är tänkt att vara patienter med skilda diagnoser. Detta är enligt några av de tillfrågade en utmaning som kräver extra åtanke, då personalen behöver en bredare kompetens för att kunna hantera de olika diagnoserna. En annan utmaning som diskuterades under en intervju var patientsammansättningen. Inom vissa patientgrupper finns det individer, med exempelvis psykiatrisk samsjuklighet eller beroendeproblematik, som kan kräva extra hänsyn och kompetens för att rehabilitera. Enligt de intervjuade kan det ibland vara svårt att göra dessa individer motiverade och delaktiga i sin rehabilitering.

4.3 Patientintervjuer

Följande avsnitt behandlar data insamlad från intervjuer med patienter som genomgått vård som i senare led inneburit olika typer av rehabiliteringsbehov. Patienterna som intervjuats har gått igenom hjärt- och lungtransplantationer eller multitrauman av olika karaktär och har vårdats på SU mellan 2011 och 2017. Syftet med patientintervjuerna har varit att ta reda på patienternas uppfattning och åsikter baserat på deras erfarenheter av tilldelade rehabiliteringsinsatser på SU. Under intervjuerna har patienterna även fått ta ställning till hur de tror att införandet av den i nuläget fiktiva rehabiliteringsavdelningen skulle påverka upplevelsen samt kvaliteten i rehabiliteringen. Intervjumallen som använts som grund till patientintervjuerna redovisas i bilaga 3, *Intervjumall för patientintervjuer*.

4.3.1 Identifiering av teman

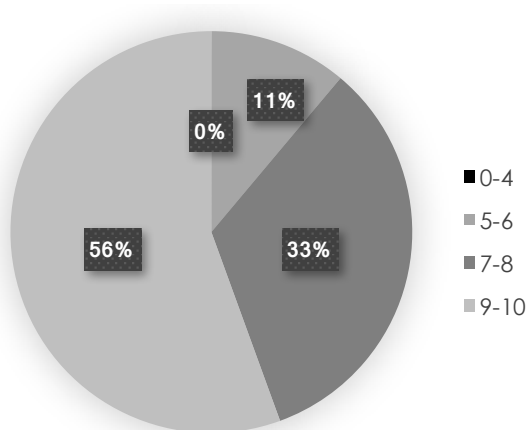
Under intervjuerna med patienter har fyra huvudsakliga teman identifierats för den patientupplevda rehabiliteringen. Dessa teman är individanpassning och gemenskap, från sjuk till frisk, vikten av mentalt stöd samt vikten av information. Dessa teman förklaras djupare nedan med start i delkapitel 4.3.3 *Individanpassning och gemenskap* fram till 4.3.6 *Vikten av information*, och återfinns även grafiskt representerade i Tabell 4.1 nedan.

Tabell 4.2 Koder, kategorier och teman för analys av patientintervjuer.

Tema	Kategori	Kod
Individanspassning och gemenskap	Professionalitet	Personalen var tillmötesgående Gav en känsla av grupptillhörighet Fysioterapeuten hade helheten Sedd som individ
	Lyhördhet	Ökad trygghet Anpassningsbar efter förutsättningar
Från sjuk till frisk	På vårdavdelning	Fokus på sjukdomen Avdelning med sjuka personer Minskad motivation för rehabilitering
	På rehabiliteringsavdelningen	Fokus på tillfrisknande Bättre förutsättningar Rätt miljö för återhämtning
Vikten av mentalt stöd	Mentalt stöd	Givande för återhämtningen Inte alltid ett behov, men borde alltid frågas om Det psykologiska som del av helheten
	Anhöriga	Fullt fokus på patienten Svårigheten med kontakt för familjen Påverkar mentalt
Åsikter kring införandet av en rehabiliteringsavdelning	Tydligare fokus	Information i anslutning till utskrivning Utförligare beskrivning av vardagen som kommer Flyttat fokus
	Bättre förmedling av information	Svårt att komma ihåg allt Uppdelad sjukvård Helhetsbild från personalens sida

4.3.2 Den patientupplevda vården

Majoriteten av de patienter som intervjuats har en god bild av den rehabilitering de tagit del av på SU. Flertalet av patienterna nämner även att rehabiliteringen är kopplad till en positiv känsla för de patienter som tar del av den. De intervjuade menar att orsaken till det bland annat ligger i att rehabilitering ofta innebär tydliga mål för framtiden. Detta eftersom rehabilitering i grunden ska innebära en förbättringsprocess. När de intervjuade patienterna fick betygsätta sin övergripande upplevelse av SU:s rehabilitering, gav alla förutom en, vården betyget sju eller högre på en tiogradig skala (se figur 4.1 nedan). Både patientgrupperna som genomgått transplantation samt trauman motiverade sina höga betyg i flertalet av fallen med att de exempelvis ansåg att personalen ingivit ett strukturerat intryck under hela vårdprocessen, samt att de även visat förståelse och omtanke för patienterna. En av de intervjuade motiverar exempelvis sin goda upplevelse av rehabiliteringen med att vårdpersonalen hela tiden fanns tillgängliga.



Figur 4.2 Övergripande betyg av rehabilitering

Flertalet patienter nämner även vårdpersonalens lyhördhet för personliga önskemål rörande utformande av vården som en bidragande orsak till höga betyg. Den lyhördhet som patienterna belyser under intervjuerna är enligt dem bland annat kopplat till vårdpersonalens tillmötesgående när det kom till att uppfylla patientens önskemål om vilka förmågor som patienten själv vill fokusera på att förbättra under rehabiliteringen.

4.3.3 Individanpassning och gemenskap

När de intervjuade patienterna ombads berätta vad de uppskattat med sin rehabilitering nämner en majoritet personalens professionalitet, goda erfarenhet och tillmötesgående sätt. Många av patienterna nämner bland annat att de haft uppfattningen att vårdpersonalen, i synnerhet fysioterapeuter, varit väldigt tillmötesgående och avkännande när det kommit till den enskilda patientens fysiska kapacitet och personliga önskemål. Detta är två faktorer som många av de tillfrågade patienterna har uppskattat. En av de intervjuade förklarar att en ökad trygghet genererades när vårdpersonalen uppmärksammade och anpassade sig efter patientens enskilda behov. En annan patient uttrycker sig om sin fysioterapeuts bemötande enligt citatet nedan. Citatet anses representera den övergripande känslan som majoriteten av de intervjuade patienterna har haft i samma fråga:

Fysioterapeuten var suverän och hade helheten med sig. Man måste både vara tuff när man möter den skadade, annars gör man ingenting. Men man måste också vara väldigt förstående och kolla läget med patienten hela tiden. Fysioterapeuten var väldigt bra på det.

(Intervjuad patient)

Vidare uttryckte flertalet av de intervjuade patienterna som genomgått en hjärt- eller lungtransplantation att rehabiliteringen inneburit en känsla av betydelsefull grupptillhörighet. I

samband med det nämner även många av patienterna att det är av stort värde att under rehabiliteringen ha möjligheten att samtala med patienter som befinner sig i liknande situationer, för att kunna utbyta frågor och funderingar mellan varandra. En patient uttryckte explicit att möjligheten att träffa andra patienter för att sinsemellan kunna dela med sig av historier och framsteg hade varit en viktig del av den totala rehabiliteringsprocessen.

4.3.4 Från sjuk till frisk

Majoriteten av patienterna som intervjuats ansåg att initieringen av rehabiliteringsinsatser innebar ett nytt fokus samt en distansering från den sjukdomscentrerade vistelsen på sjukhuset annars generellt sett innebär. Nedan berättar en patient om tiden på sjukhuset innan rehabiliteringen.

Personalen kan vara hur bra som helst. Men de har inte den psykologiska perspektivet på det hela. Man är ju på en avdelning där alla är sjuka, och ibland känns det som att det är där fokuset ligger. Personalen ser inte riktigt till det friska, utan allt är fokuserat på det sjuka.

(Intervjuad patient)

Gemensamt för samtliga intervjuer har varit patienternas upplevelse av att rehabiliteringen innebar ett flyttat fokus från att vara sjuk till att bli frisk. Några av respondenterna har i sin vårdkedja fått möjlighet att vara på en redan existerande rehabiliteringsavdelning. Majoriteten av dessa ansåg att fokuset på tillfrisknande och känslan av att bli mer mobil ytterligare förstärktes vid anländandet till en rehabiliteringsavdelning. Anledningen till detta var att patienterna då ansåg sig hamna i en mer anpassad miljö där förutsättningarna för ändamålsenlig rehabilitering var bättre än på tidigare vårdavdelningar.

Det flyttade fokuset framhölls även av de intervjuade som betydelsefullt sett ur ett mentalt perspektiv. Detta eftersom rehabilitering är till för att stärka både fysiken, rörligheten och självförtroendet.

4.3.5 Vikten av mentalt stöd

När patienterna under intervjuerna ombads att förklara vad de saknat under rehabiliteringsprocessen samt vad som hade kunnat resultera i en högre betygsättning av rehabiliteringen, nämner en majoritet att de saknat möjligheten att få mentalt stöd. Många patienter berättar även att de i efterhand insett att stöd från en psykolog eller kurator förmodligen hade varit givande för deras återhämtningsprocess. En av patienterna nämner exempelvis att ett mentalt stöd hade kunnat resultera i bättre verktyg för att kunna hantera vardagen. En annan patient nämner även att stöd från psykolog eller kurator hade kunnat underlätta bearbetningen av

dåliga tankar och känslor kopplat till sin transplantation. Patienten menar att det förmodligen hade hjälpt till i förberedelsen för framtiden efter utskrivning från SU.

Under en av intervjuerna med en patient som genomgått multitrauma framgick det dock att vederbörande fått erbjudandet om mentalt stöd i form av träffar med en kurator i samband med sin rehabiliteringsprocess. Denna patient beskrev sina möten med kuratorn som givande, samt att det varit skönt att prata med någon om sin psykiska situation under rehabiliteringstiden. Samma patient nämner även att faktumet att vederbörande fått möjligheten att inkludera sin partner i samtalen med kuratorn och även kunnat bearbeta frågor och funderingar tillsammans med anhöriga har varit betydelsefullt. Patienten beskriver situationen enligt citatet nedan:

I mitt fall blev jag erbjuden att träffa en kurator tillsammans med min partner, och det var en väldigt bra erfarenhet. Under vårdprocessen är det mycket fokus enbart bara på patienten, men även närstående blir ju inblandad i en sådan här situation (multitrauma).

(Intervjuad patient)

Möjligheten att inkludera anhöriga i vårdprocessen är ett återkommande ämne under intervjuerna. En patient belyser en upplevd avsaknad av inkludering av sina anhöriga. Patienten hade gärna sett att de anhöriga fått ta större del av kontakten med vårdpersonal. Bland annat hade patienten önskat att vederbörandes närstående hade tilldelats information om var de kunde söka hjälp för att kunna hantera deras situation och frågor kopplade till patientens åkomma på ett bra sätt. En annan patient som uttryckte en avsaknad av involvering av de anhöriga formulerar sig enligt citatet nedan:

Jag saknar att mina närstående inte blev informerade och jobbade med. Min skada innebär ju även trauma för min partner och barn, och det är tungt att behöva dra i det lasset på egen hand vid sidan om sin skada. Jag hade önskat att sjukvården hade haft ett ökat fokus på att inkludera de anhöriga.

(Intervjuad patient)

4.3.6 Vikten av information

Flertalet patienter har under intervjuerna belyst vikten av att få tillgång till grundlig och pedagogisk information kopplad till deras rehabilitering. Att exempelvis informeras om anledningen till varför en speciell övning under fysioterapi bör genomföras, samt vad övningen har för förväntade effekter, är något som många av de intervjuade anser är av stor vikt. Detta skulle enligt patienterna skapa en ökad motivation att genomföra övningen. Några av de intervjuade har även kritiserat den information de fått för att förbereda sig för en kommande utskrivning från sjukhuset. Många av de tillfrågade påpekar att de hade önskat en mer utförlig information kopplat till hur de skulle gå vidare med sin vardag efter utskrivning. En av de intervjuade uttrycker sig med citatet nedan som kan anses vara representativt för flertalet av de intervjuades åsikter i samma fråga:

Jag hade gärna sett att informationen jag fick rörande vad man skulle äta, göra och tänka på efter utskrivning hade upprepats för mig några gånger, eller alternativt att man fått sådan information skriftligt. Det är otroligt mycket information man ska ta in under tiden man är inskriven på sjukhuset och det är svårt att komma ihåg allt genom att endast höra det en gång, särskilt om man går på mediciner. Man kan aldrig informera för mycket.

(Intervjuad patient)

Några intervjuade patienter antyder även på att de upplevt vårdpersonalens inbördes samordning och kommunikation som ostrukturerad. Under en av intervjuerna belyser exempelvis patienten avsaknaden av en vårdkompetens med en bredare bild över patienternas totala vårdssituation. En sådan skulle enligt patienten skapa trygghet och underlätta både för patienten och vårdpersonalen. En annan patient belyser en liknande upplevelse av att olika individer ur personalen inte alltid har koll på varandras arbete med samma patient. Patienten nämner även att det ibland uppstod situationer då patienten ansåg sig vara mer insatt än somliga ur personalen på sjukhuset rörande exempelvis uppdateringar i medicinering. Denna patient uttryckte sig med ett för situationen representativt citat som redovisas nedan:

Ibland vet inte den ena i vårdpersonalen vad den andre gör. När det byttes personal så kunde jag få ett helt motsatt besked än vad man fått av någon annan tidigare. Det kunde exempelvis vara information rörande min skada eller rörande medicin. En gång fick jag informera en ny läkare om att jag inte skulle ha en viss typ av medicin längre, utan att jag hade fått nya direktiv av andra läkare. Kommunikationen mellan personalen var inte den bästa och helhetssynen var bristande.

(Intervjuad patient)

4.3.7 Åsikter kring införandet av en rehabiliteringsavdelning

När patienterna ombads utvärdera hur de tror att inrättandet av en rehabiliteringsavdelning hade påverkat vårdupplevelsen är majoriteten av de tillfrågade positiva. Många av de intervjuade motiverar sin positiva inställning till avdelningen med att de tror att en avdelning med huvudfokus på rehabilitering skulle vara bra ur ett mentalt perspektiv. Detta eftersom en rehabiliteringsavdelning skulle minska känslan av hospitalisering och istället öka fokuset på tillfrisknad och återhämtning.

Några av de intervjuade nämner även att de tror att en rehabiliteringsavdelning skulle generera en ökad känsla av tillhörighet samt en möjlighet för patienterna att stötta varandra i rehabiliteringsprocessen. Som tidigare nämnt är det även en aspekt som många av patienterna antydde som positiv under intervjuerna. Två av de intervjuade patienterna uttrycker sina åsikter om en fristående rehabiliteringsavdelning enligt citaten nedan. Citaten anses vara talande för de intervjuade patienternas övergripande åsikter om en fiktiv rehabiliteringsavdelning.

Det är intressant med en avdelning som har syfte att bli mobiliserad och rörlig, då kan man också träffa andra patienter i samma situation och peppa varandra.

(Intervjuad patient)

Fördelarna med en sådan avdelning är att det förmodligen skulle bli en mer adekvat vårdnivå, eftersom det då snarare skulle handla om återhämtning och omvårdnad än ren sjukvård.

(Intervjuad patient)

En fristående rehabiliteringsavdelning skulle dock innebära en förflyttning till en ny avdelning för patienterna i fråga. Detta är något som några av de intervjuade har uttryckt sig negativt kring på grund av den extra ansträngning som en flytt kräver. I det stora hela har ändå majoriteten av de tillfrågade patienterna haft en övergripande positiv inställning till att införa en avdelning med huvudfokus på rehabilitering.

4.4 Kostnadsberäkningar

Inom ramen för detta delkapitel redogörs för resultat relaterade till effektivitetsperspektivet. Nedan härleds en potentiell bemanning för rehabiliteringsavdelningen som ligger till grund för en kostnadskalkyl. Vidare görs också en jämförelse mellan relevanta avdelningar på SU.

4.4.1 Uppskattning av bemanning och kostnader

För den fiktiva avdelningen har, som beskrivits i 2.4.3 *Underlag för kostnadsberäkningar*, bemanning tagits fram i samarbete med Sand, Lundgren Nilsson och Lachonius. För arbets- och fysioterapeuter samt rehabiliteringsassistenter har bemanningstalen bestämts utifrån Sands rekommendation. Bemanningen har satts till sju patienter per heltid, vilket med 26 patienter motsvarar cirka 4 heltider per vård dygn. För kurator har bemanningen i linje med Lundgren Nilssons (2017) rekommendation satts till 50 procent (0,5 heltid). För fullständiga beräkningar, se bilaga 4, *Redovisning av kostnadsberäkningar*.

Den medicinska personalsammansättningen har tagits fram med hjälp av Lachonius expertis. Antalet heltidsarbetande sjuksköterskor som behövs på den fiktiva avdelningen har uppskattats till 14. På liknande sätt har antalet undersköterskor estimerats till 42. Här har bemanningen per patient utgått från avdelning 32 på SU som är en vårdavdelning för medicinskt färdigvårdade. Eftersom läkarinsatser i den fiktiva rehabiliteringsavdelningen endast ska behöva tillsättas vid behov, så delegeras den kostnadsposten till den avdelning som aktuell patient kommer ifrån. Därför har inga läkarkostnader tagits med i kalkylen.

Lachonius har även givit vägledning gällande bemanningen av administrativ personal och receptarie. I absoluta termer innebar det en heltidsarbetande sekreterare. Sedan tillkommer också en vårdenhetschef, samt en assistent till vederbörande. Assistenten har antagits ha befattningen undersköterska i linje med Lachonius rekommendation.

För personalkostnaderna har antagandet gjorts att de anställdas löner kommer att motsvara genomsnittslönerna för respektive yrkeskategori på hela SU. Därtill har en arbetsgivaravgift på 44,5 procent lagts till för att få fram kostnaden. Antagandet har även gjorts att det går 365 vård dygn per år. Ingen hänsyn har alltså tagits till potentiella säsongsvariationer för bemanningen.

På den fiktiva avdelningen kommer även diverse övriga kostnader att tillkomma. Exempel på sådana är patientkost, lokaldriftskostnader, posthantering och olika typer av overheadkostnader. Då det inte varit möjligt att på ett korrekt sätt uppskatta dessa kostnader, har de lagts till som en påläggskostnad härledd från avdelning 623, vilken är en vårdavdelning på SU för neurologisk rehabilitering. Detta för att denna avdelning anses ha en kostnadsstruktur som är representativ för den fiktiva rehabiliteringsavdelningen. På avdelning 623 kan 67 procent av kostnaderna härledas till personalkostnader. Genom att anta att samma fördelning råder på den fiktiva avdelningen har kostnaden per patient justerats. Uppstartskostnader för avdelningen har inte tagits med i beräkningarna.

4.4.2 Kostnadsjämförelse mellan avdelningar

Som tabell 4.3 visar har den fiktiva rehabiliteringsavdelningens enhetskostnad uppskattats till 4 348 kr per patient och vårddygn. För att sätta siffran i kontext har en jämförelse gjorts med avdelningar på SU som innefattar patienter som skulle kunna vara aktuella för den fiktiva rehabiliteringsavdelningen. Nedanstående tabell visar de olika avdelningarnas enhetskostnader från år 2015. Vid tidpunkten för analysen fanns inte siffror för 2016 tillgängliga. Vidare är även kostnaden för enheten på en årlig basis relevant. För den fiktiva avdelningen motsvarar detta, förutsatt 26 vårdplatser, en årlig kostnad på cirka 41 miljoner kronor.

Tabell 4.3 Sammanställning över enhetskostnader för ett antal olika avdelningar inklusive den fiktiva rehabiliteringsavdelningen.

Avdelning	Enhetskostnad (kr/patient och vårddygn)
Transplantation, avd 138/139	12850
Neurologi Sahlgrenska, avd 15 neurologi	8494
Neurologi Sahlgrenska, avd 10/23 neurokirurgi	7949
Neurologi Sahlgrenska, avd 134/135 stroke	7816
Strokeenhet Sahlgrenska avd 134/135	7816
Medicin (hjärta) Mölndal avd 238	7329
Geriatrisk Sahlgrenska, palliativ avd 604	7119
Strokeenhet Mölndal avd 239	7051
Geriatrisk Mölndal avd 234	6712
Onkologi, avd 54	6431
Ortopedi akut Mölndal avd 231	6312
Strokeenhet östra, avd 354	6118
Lungmedicin Sahlgrenska, avd 19	5734
Ortopedi akut Mölndal avd 230	5728
Geriatrisk Mölndal avd 235	5179
Geriatrisk Mölndal avd 237	5172
Fiktiv rehabiliteringsavdelning	4348
Medelkostnad (exkl fiktiv)	6950

Som tabell 4.3 visar är rehabiliteringsavdelningens uppskattade enhetskostnad lägre än samtliga avdelningar som ingått i jämförelsen. I absoluta termer är skillnaden i genomsnitt cirka 2600 kr per patient och vårddygn, vilket i relativa termer motsvaras av en kostnadsminskning med i snitt 37 procent.

4.5 Kapitlets kärna

I det här kapitlet har svaren på enkätundersökningen visat på att den nuvarande situationen liknar den som presenterades i SU:s internrapport (2012). Därefter har professionens åsikter kring rehabiliteringssituationen i nuläget och vad som utgör förutsättningarna för en god rehabilitering behandlats. Även potentiella effekter av en rehabiliteringsavdelning tas upp. I intervjuerna med patienterna beskrevs rehabiliteringen idag och dess fördelar och brister. Patienterna svarar även på vad de tror att införandet av en rehabiliteringsavdelning hade fått för konsekvenser ur deras perspektiv.

Slutligen presenteras även en kostnadsanalys för rehabiliteringsavdelningen. Med hjälp av härledda kostnader och en prognostiserad bemanning har avdelningens kostnad per patient och vårddygn kunnat uppskattas. Denna jämförs sedan med befintliga avdelningar de studerade patientgrupperna kan finnas på i nuläget för att visa på, en i sammanhanget, lägre kostnad per patient och vårddygn.

5 Analys

I detta kapitel relateras insamlad empiri till det teoretiska ramverket. Därigenom ämnar kapitlet koppla resultat med teori, vilket utgör en grund för vidare analys av studiens problembild med utgångspunkt i de tre perspektiven. Analysen inleds med en nulägesbild och därefter presenteras förväntade effekter vid införandet av en rehabiliteringsavdelning.

5.1 Nuläge

I följande delkapitel presenteras en analys av nuläget och hur den nuvarande situationen påverkar vårdkvalitet, effektivitet och hållbarhetsaspekter.

5.1.1 En engagerad vård

Utifrån resultatet från patientintervjuerna kan det konstateras att majoriteten av de tillfrågade var nöjda med den erhållna rehabiliteringen. Detta återspeglas i de positiva betyg som patienterna generellt sett gav sin upplevelse av vården. Patienterna ansåg att personalen varit lyhörda, visat engagemang samt haft en förmåga att möta patienternas personliga önskemål om rehabiliteringen. Bland annat har patientens träning kunnat justeras efter individens behov och önskemål. Den intervjuade professionen delar denna bild och förklarar, att det ligger i såväl personalens som patientens intresse att försöka skapa en omgivning där patienten känner sig trygg och sedd, då detta ger ökade förutsättningar för ett bättre vårdutfall för individen.

Som beskrivet i Socialstyrelsens rapport (2009), har ett skifte inom svensk sjukvård skett de senaste åren. Från att fokus till stor del har legat på patientens sjukdom, har fokuset istället allt mer övergått till att ligga på patientens hälsa och förbättringspotential. Detta skulle kunna vara en bidragande faktor till patienternas höga betyg till den erhållna rehabiliteringen. Vidare menar Lynöe, Engström & Löfmark (2009) att denna patientcentrering stärker patienternas ställning och autonomi, vilket skulle kunna påverka patientens delaktighet och motivation positivt. Även detta kan tänkas vara en bidragande faktor till det höga betyget. Då det enligt Ward (2005) finns en korrelation mellan patientens motivation och delaktighet med vårdutfallet, finns således incitament för vårdpersonalen att försöka skapa en omgivning där patienterna känner sig sedda och trygga, samtidigt som respekt bör ges för patientens individuella behov och preferenser.

Trots patienternas höga betyg på rehabiliteringen samtidigt som att de i stor utsträckning känner sig sedda och tillmötesgående, så skriver Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i en rapport (2016) att Sverige i en internationell jämförelse är sämre än andra länder på att engagera och göra patienterna delaktiga. Denna något motsägelsefulla situation skulle kunna bero på att patienterna endast har insyn i vilken vård de får och inte vilken vård de inte får. Här finns alltså en möjlig förbättringspotential där lärdomar kan dras från de länder som presterar bättre än Sverige.

5.1.2 Konsekvenser av en misslyckad vårdmatchning

Bakgrunden till denna studie grundar sig som tidigare nämnts i en intern rapport av SU (2012) där det redogörs för att det finns ett flertal patienter med rehabiliteringsbehov som vårdas kvar på akutvårdsplatser, trots att de är medicinskt färdigvårdade. Problematiken som beskrivs är mångfacetterad och den förklaras med att en misslyckad matchning råder mellan vårdbehov och given vård, samtidigt som tillgängligheten på akutvårdsplatser försämras när dessa upptas av patienter som inte är i behov av dem.

Det erhållna resultatet från de genomförda intervjuerna med vårdprofessionen samt enkäten aktualiserar situationen från 2012, då majoriteten av de tillfrågade menade att problematiken idag är densamma eller värre. Konsekvensen av den misslyckande matchningen på individnivå är att patienternas rehabiliteringspotential inte tillgodoses till fullo. Flera av de intervjuade i vårdpersonalen beskriver att en akutvårdsavdelning av naturliga skäl inte är den bästa för patienten i fråga. Exempelvis får patienten i vissa fall inte möjlighet att träna i den utsträckning som hade varit optimalt.

En misslyckande matchning kan således resultera i ett större antal komplikationer och dysfunktionaliteter för patienten då dennes rehabiliteringsbehov inte tillgodoses (Ward 2005; DeLisa Gans & Walsh 2006). En begränsad möjlighet till fysisk träning skulle enligt Höök (2001) ha negativ påverkan på exempelvis återuppbyggnaden av muskulaturen men även minska chanserna att kunna återgå till arbete. Både teorin och resultaten visar alltså på att en misslyckad matchning är negativ ur ett kliniskt perspektiv. Värt att notera i sammanhanget är att det inte enbart är negativt för de patienter som inte får sitt rehabiliteringsbehov tillgodosett. Konsekvensen blir även negativ för de patienter som är i behov av en akutvårdsplats men som får vänta på grund av att medicinskt färdigvårdade patienter ockuperar de existerande platserna.

5.1.3 Bristande förutsättningar

Enligt teorin från bland annat Ward (2005) och Gutenbrunner, Ward & Chamberlain (2009), beskrivs en ändamålsenlig miljö och omgivning som en viktig förutsättning för att bedriva effektiv rehabilitering. En ändamålsenlig miljö ger således förutsättningar för ett bättre vårdutfall. Detta stämmer väl överens med det erhållna resultatet från intervjuerna, där både patienter och vårdpersonal instämmer i att miljön och omgivningen är en viktig faktor att ta i beaktande. Dock visar resultatet från professionsintervjuerna att dagens omgivning och miljö inte är optimal för att bedriva god rehabilitering. I intervjuerna framkom det att flertalet av patienterna och vårdpersonalen anser att en akutvårdsavdelning av naturliga skäl inte är en optimal omgivning för att bedriva rehabilitering, bland annat beroende på personalkompetens och miljö. Trots det faktum att majoriteten av de intervjuade patienterna var mycket nöjda med den erhållna rehabiliteringen, ansåg vissa att en mer lugn och trygg miljö hade varit önskvärd. En mer ändamålsenlig miljö och omgivning hade således resulterat i att patienternas rehabiliteringspotential hade utnyttjats i större utsträckning.

Många patienter som genomgår en omfattande rehabilitering gör det med insikten att de inte kommer att återfå hela sin tidigare funktion. Det är därför inte ovanligt att dessa patienter kan behöva stöd för att hantera frågor och funderingar kopplade till deras förändrade livssituation. Några av de intervjuade patienterna upplevde under sin rehabilitering en viss brist på psykiskt och mentalt stöd och berättade att detta påverkar helhetsintrycket av den erhållna rehabiliteringen. Ett stöd från en kurator eller psykolog hade enligt patienterna resulterat i en större trygghet för patienterna, en aspekt som även belyses av Docteur & Colteur (2012).

Enligt Ward (2005), Höök & Grimby (2001) samt det erhållna resultatet från intervjuerna går det att urskilja en koppling mellan mentalt stöd och förutsättningarna för vårdutfallet. Figuren nedan visar på att mentalt stöd och en känsla av trygghet är viktigt för att påverka patientens motivation på ett positivt sätt och genom detta även öka dennes delaktighet i rehabiliteringen. En ökad motivation och delaktighet bidrar i sin tur till bättre förutsättningar för vårdutfallet. Ur ett medicinskt perspektiv leder således ett mentalt stöd och trygghet till ett bättre vårdutfall.



Figur 5.1 Sambandet mellan mentalt stöd och trygghet, motivation och delaktighet och ett bättre vårdutfall.

De av Docteur & Coulter (2012) redovisade kärndimensionerna för patientcentrerad vård stämmer väl överens med den övriga teorin och det erhållna resultatet från intervjuerna. I dessa kärndimensioner redogörs bland annat att vikten av att sjukvården inte enbart tillgodoser patientens medicinska behov, utan även det icke-medicinska, för att på så sätt hantera de individuella upplevelser som kan resultera i ångest, rädsla eller andra psykiska bekymmer hos patienten. I linje med det som patienterna och vårdpersonalen berättar i intervjuerna så belyser även Docteur & Coulter (2012) att omgivningen och familjens stöd är avgörande faktorer för den patientupplevda vården. Ett stort mentalt stöd och trygghet resulterar således inte enbart i ett bättre utfall ur ett medicinskt perspektiv, utan även i en bättre patientupplevd vård.

Då rehabiliteringen ibland är komplex krävs det inblandning från flertalet olika yrkeskategorier. Det ställs därför höga krav på samordning, kommunikation och koordination yrkeskategorierna emellan för att säkerställa att samtliga inblandade har samma mål (Höök & Grimby 2001). Detta resonemang stämmer väl överens med den bild som den intervjuade vårdpersonalen gav. De

menar att samordning och koordination av naturliga skäl är en självklarhet inom sjukvården. I intervjuerna med patienterna har det emellertid framkommit att denna samordning och kommunikation i vissa fall brister. Några patienter upplevde samordningen som ostrukturerad då information inte tycktes överföras på bästa sätt. I vissa fall kände patienten att den hade en bättre uppfattning om exempelvis uppdateringar i medicinering än personalen. Ett rimligt antagande är att en bristande samordning skulle kunna påverka patientens trygghet och i värsta fall även patientens säkerhet. En bristande koordination och samordning riskerar således att påverka vårdutfallet negativt enligt figur 5.1. Inom detta område finns följaktligen utrymme för förbättring.

Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till är hanteringen av informationsutbytet mellan patienter och personal med avseende på övergången till livet efter utskrivning. Några patienter lyfte fram i patientintervjuerna att informationsutbytet inte var optimalt. Denna bild återges även i en rapport av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015), som skriver att Sverige, i en internationell jämförelse, är sämre på att dela med sig av informationen. Även här tyder det på att det finns förbättringspotential och lärdomar att dra från andra länder.

5.1.4 Källor till ineffektivitet

Att mäta effektivitet, det vill säga graden av måluppfyllelse i relation till insatta resurser, är som tidigare nämnt förknippat med betydande utmaningar (SOU 2016:2). Främst på grund av svårigheterna i att urskilja hur vårdutfallet faktiskt påverkar enskilda individers hälsa eftersom denna är beroende av en mängd olika faktorer på olika nivåer, där sjukvård endast utgör en liten del (Whitehead et al. 2001). Därutöver belyser Porter (2010) utmaningarna med att följa upp resursåtgång i form av kostnader över hela vårdkedjan som följd av vårdens organisatoriska struktur och ”focused factories”. Å andra sidan åstadkoms en enhetlig och standardiserad härledning av kostnader, ända ner på patientnivå, med hjälp av KPP-metoden. Dock krävs att metoden i verkligheten tillämpas på samma sätt i hela sjukvårdssystemet för att åstadkomma ett rättvisande underlag och därigenom möjliggöra jämförelser (SKL 2015a).

Även om effektivitet är svårt att mäta finns tydliga indikationer på att källor till ineffektivitet idag finns inbyggda i SU:s verksamhet. Mer specifikt gäller det att medicinskt färdigvårdade patienter med ett rehabiliteringsbehov fortsatt vårdas på akutvårdsplatser utgör en källa till ineffektivitet. Framförallt på grund av det som tidigare påvisats inom ramen för studien, nämligen att vårdutfallet och därmed även graden av måluppfyllelse påverkas negativt. Den bakomliggande anledningen är att patienterna vårdas på en vårdnivå där erbjuden vård inte matchar det faktiska vårdbehovet, vilket innebär att investeringar görs i vårdinsatser som inte nödvändigtvis förbättrar vårdutfallet.

Därutöver visar studiens resultat att enhetskostnaden för en akutvårdsplats är högre än enhetskostnaden för en vårdplats på den fiktiva avdelningen. En rehabiliteringsavdelning som utformas enligt det förslag som undersökts i denna studie skulle resultera i en kostnad per patient

och vårddyggn som är 16 procent lägre än avdelningen med den idag lägsta kostnaden och 37 procent lägre kostnad än dagens medelkostnad. Det innebär i praktiken att den nuvarande situationen påverkar effektiviteten negativt på grund av en misslyckad matchning av vårdbehov och erbjuden vård som dessutom görs till en onödigt hög kostnad. Detta då SU i nuläget till viss del brister i att styra arbetsuppgifter mot den profession eller yrkeskategori som bäst kan utföra dem till lägst kostnad i enlighet med BEON/LEON-principen (SOU 2016:2).

5.1.5 Hållbarhetsaspekter

Då SU bedrivs i Västra Götalandsregionens regi har de väldefinierade hållbarhetsmål att sträva efter (VGR 2015). I denna studie har ett fokus legat på dels den sociala och ekonomiska hållbarheten. I följande avsnitt kommer det att redogöras för hur dagens situation påverkar den erbjudna vården i regionen samt om regionens offentliga medel används på ett ändamålsenligt sätt.

Jämlik vård

Västra Götalandsregionen har som mål att erbjuda samtliga av regionens invånare rätt och jämlik vård, där jämlik vård definieras som avsaknaden av systematiska skillnader mellan olika grupper på grund av sociala, ekonomiska eller geografiska faktorer (VGR 2015; Starfield 2011). Detta mål är även till viss del lagstadgat i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) genom texten ”*en vård på lika villkor för hela befolkningen*”. Trots regionens målsättning har det i intervjuerna identifierats en skillnad som skulle kunna beskrivas som systematisk. För patienter över 65 år som drabbats av multitrauma finns väl utbyggda rehabiliteringsresurser inom den geriatriska vården, medan det för patienter under 65 år finns bristande rehabiliteringsresurser. I detta avseende når alltså inte Västra Götalandsregionen upp till sin egen målsättning gällande den sociala hållbarheten.

Då vissa skadelägen och diagnoser kräver mer rehabiliteringsinsatser än andra finns det således, av naturliga skäl, vissa skillnader i den givna rehabiliteringen mellan olika patientgrupper. Detta ligger i linje med Starfields (2011) resonemang att sjukvården kan delas upp i en horisontell och en vertikal dimension, där den vertikala innebär att patienter med större behov också ska få tillgång till fler resurser. Det är dock svårt att svara på huruvida resonemanget ovan till fullo kan förklara de av vårdprofessionen identifierade skillnaderna mellan patienter som drabbats av multitrauman och samtidigt fått en neurologisk skada, med patienter som endast drabbats av multitrauma.

Ekonomisk hållbarhet

Vad gäller den ekonomiska hållbarheten finns det som tidigare nämnt ett allmänt intresse i att de offentliga resurserna utnyttjas på bästa sätt då sjukvården till största delen är skattefinansierad. Det har emellertid visat sig att så inte alltid är fallet. Som tidigare behandlats beskriver både teorin och resultatet från intervjuerna en situation där patienter med rehabiliteringsbehov ligger kvar på akutvårdsplatser och således tar upp en plats på högre vårdnivå och med större medicinska resurser än vad som behövs. Då det som tidigare beskrivits i rapporten råder en brist

på såväl akutvårdsplatser som sjuksköterskor. samtidigt som akutvårdsplatser är förenade med högre kostnader, skulle man här kunna argumentera för ett slöseri med de offentliga resurserna.

Kostnaderna för sjukvården och rehabiliteringen beräknas öka de kommande åren, bland annat som en konsekvens av den demografiska utvecklingen och den ökade efterfrågan på rehabiliteringsinsatser (Finansdepartementet 2000; Socialstyrelsen 2015). Således kommer frågan huruvida de offentliga resurserna används på bästa sätt att bli än mer aktuell. Vidare finns det en risk att dagens situation kan resultera i ett icke optimalt vårdutfall enligt en del av den intervjuade vårdpersonalen. Konsekvensen blir således negativ för såväl individen som för samhället i stort då det enligt Forte (2014) och Blix (2013) kan resultera i en förlängd vårdtid och ökad sjukfrånvaro och förtidspensionering. Följden blir en senare, eller alternativt ingen, återgång till arbetet för de i arbetsför ålder och innebär därmed en belastning för samhällsekonomin.

5.2 Förväntade effekter vid införandet av en rehabiliteringsavdelning

I följande delkapitel presenteras en analys av hur ett införande av en rehabiliteringsavdelning förväntas påverka vårdkvalitet, effektivitet och hållbarhetsaspekter. Vidare redogörs även för några av de risker och utmaningar vilka kan förknippas med ett sådant införande.

5.2.1 Bättre matchning av erbjuden vård och vårdbehov

Ett införande av en rehabiliteringsavdelning skulle enligt de intervjuade resultera i en bättre matchning av den erbjudna vården och vårdbehovet på individnivå. Patienternas rehabiliteringsbehov skulle i större utsträckning tillgodoses på en rehabiliteringsavdelning. Samtidigt skulle tillgängligheten på akutvårdsplatser förbättras då patienter med rehabiliteringsbehov inte längre skulle uppta dem. Följaktligen skulle det då uppstå en bättre matchning även för de patienter som är i behov av vård på en akutvårdsavdelning, då tillgängligheten på dessa blir högre. Den problemsituation som beskrivs i SU:s interna rapport (2012) och enkätundersökningen skulle alltså förbättras. I vilken utsträckning var enligt de intervjuade dock svårt att svara på.

Effekterna av en bättre matchning skulle enligt den intervjuade vårdpersonalen resultera i bättre möjligheter för intensiv, kontinuerlig och samordnad rehabilitering vilket, i sin tur, skulle leda till ett bättre vårdutfall. Patientens rehabiliteringspotential skulle således utnyttjas i större grad än dagens situation. Den studerade litteraturen stämmer väl överens med den bild som förmedlas av den intervjuade vårdpersonalen. Enligt Höök (2001) och DeLisa, Gans & Walsh (2006) skulle en bättre matchning resultera i färre komplikationer kopplade till ett icke tillgodosett behov. Vidare skulle även tillgången på intensiv, kontinuerlig och samordnad rehabilitering förbättra vårdutfallet och öka chanserna att kunna återgå till arbetet för de i arbetsför ålder (Höök 2001; Höök & Grimby 2001).

5.2.2 Förändrat fokus ger bättre förutsättningar

De identifierade bristerna i rehabiliteringen som tidigare redogjorts för kommer troligtvis att förbättras vid ett införande av en rehabiliteringsavdelning. En rehabiliteringsavdelning är önskvärd av såväl den intervjuade vårdpersonalen som patienterna. Båda dessa grupper menar att det skulle resultera i ett skifte från det sjuka till det friska och, av naturliga skäl, kunna tillhandahålla de nödvändiga rehabiliteringsresurserna bättre än en akutvårdsavdelning, där fokus ligger just på akutsjukvård. Detta resonemang stämmer väl överens med Socialstyrelsens (2009) där de menar att det blir allt viktigare att se till patienternas hälso- och förbättringspotential och inte enbart deras sjukdom.

Vidare skulle även ett byte till en rehabiliteringsavdelning fungera som en mental markör enligt intervjuer med både professionen och patienter. Det skulle där det bli lättare att göra patienten motiverad och delaktig i sin vårdprocess. Resultatet skulle då enligt Ward (2005) och Gutenbrunner, Ward & Chamberlain (2009) således bli mer effektivt, då det som tidigare nämnt finns en korrelation mellan motivation och delaktighet och det faktiska vårdutfallet av rehabiliteringsinsatser.

En ny rehabiliteringsavdelning skulle enligt de intervjuade patienterna resultera i en mer trygg miljö och en minskad känsla av hospitalisering. Vidare tror de även att det skulle generera en känsla av tillhörighet då alla inlagda på rehabiliteringsavdelning har liknande mål. I linje med detta resonemang menar också Höök (2001) att det finns stora fördelar med att låta patienter rehabiliteras tillsammans. Det skulle kunna resultera i att det bristande psykosociala stöd som tidigare redogjorts för nu minimeras eller elimineras. Att vårdas tillsammans med andra patienter i samma situation är således positivt ur såväl ett kliniskt som patientupplevt perspektiv.

Sjukvården är som tidigare nämnts en komplex miljö och därför krävs enligt Höök & Grimby (2001) och Rivano-Fischer (2015) samordning, koordination och kommunikation mellan de olika professioner som är inblandade i en patients rehabiliteringsprocess. I vilken utsträckning dessa skulle förbättras vid ett införande av en ny rehabiliteringsavdelning är enligt en av de intervjuade inom professionen svårt att svara på. Samtidigt menar vederbörande att grundförutsättningarna för effektivt samarbete och samordning skulle bli bättre. Ett rimligt antagande är att koordinering och samordning skulle bli mer effektiv då avdelningen i större utsträckning skulle vara bemannad av fast personal. Detta är en konsekvens av att mycket av rehabiliteringsinsatserna sker som interna konsulttjänster, det vill säga att varje respektive avdelning begär rehabiliteringsinsatser från den centrala arbets- och fysioterapeutsverksamheten. Detta skulle enligt Ward (2005) resultera i en bättre vård då han menar att värdet i det gemensamma teamarbetet är högre än summan av de individuella insatserna.

5.2.3 Högre effektivitet

Genom att identifiera och uppmärksamma källor till ineffektivitet kan dessa i viss utsträckning reduceras eller helt elimineras, utan att behöva kvantifieras och mätas. Ett sådant angreppssätt kan följaktligen leda till att resurser används mer ändamålsenligt och därigenom öka nyttan på samhälls-, verksamhets- och individnivå (SOU 2016:2).

Givet de tidigare identifierade källorna till ineffektivitet kan ett mer effektivt resursutnyttjande uppnås genom att inrätta en rehabiliteringsavdelning. En sådan lösning möjliggör en bättre matchning mellan erbjuden vård och vårdbehov och skapar större förutsättningar för ett bättre vårdutfall och därmed också en högre grad av måluppfyllelse. Därutöver kan akutvårdsplatserna frigöras för att istället användas mer ändamålsenligt och beläggas med patienter vars vårdbehov ligger i linje med den vård som faktiskt erbjuds på den specifika vårdnivån.

Att inrätta en rehabiliteringsavdelning innebär dock en betydande investering. Baserat på beräkningar som gjorts inom ramen för studien approximeras den årliga kostnaden till 41 miljoner kronor. Därtill tillkommer dessutom en engångskostnad av okänd storlek, bestående av diverse uppstartsrelaterade kostnader. Dock kommer inrättandet av en rehabiliteringsavdelning att möjliggöra en mer resurseffektiv vård. Av resultatet framgår att den föreslagna rehabiliteringsavdelningen kommer att stå för den lägsta kostnaden per patient och vård dygn. Lägst kostnad i sig behöver enligt Porter (2008) inte vara eftersträvansvärt utan måste ställas i relation till hur vårdutfallet kan komma att påverkas. Eftersom studiens resultat tyder på att ett förbättrat vårdutfall förväntas uppnås, givet ett införande av en rehabiliteringsavdelning, bör denna farhåga dock kunna avfärdas.

Högre effektivitet kan alltså uppnås genom att åtgärda de idag befintliga källorna till ineffektivitet. Genom att införa en rehabiliteringsavdelning bör ett bättre vårdutfall åstadkommas till en lägre kostnad. Med andra ord ökar möjligheterna för att leverera en optimerad vård till patienten utifrån tillgängliga resurser. Samtidigt är hög produktivitet en nödvändighet för att nå hög effektivitet, det vill säga förmågan "*att göra saker rätt*" (Svenskt Näringsliv 2016). Genom att införa en rehabiliteringsavdelning säkerställs att rätt kompetens, i högre utsträckning, hamnar på rätt plats och ökar därmed förutsättningarna för hög produktivitet och följaktligen även effektivitet.

5.2.4 En mer hållbar situation

Vid professionsintervjuerna framkom att Västra Götalandsregionen troligtvis skulle kunna uppnå en mer jämlik vård vid ett införande av en rehabiliteringsavdelning. Ett införande skulle på individnivå resultera i att vissa patientgrupper som tidigare haft mycket begränsade rehabiliteringsresurser nu skulle få tillgång till den. Eventuella systematiska skillnader skulle således kunna minimeras eller elimineras. Ett exempel på en sådan grupp är patienter under 65 år som drabbats av multitrauma. Regionens egna mål (VGR 2015), att erbjuda samtliga regionens invånare rätt och jämlik vård, skulle i större utsträckning bli uppfyllt jämfört med

dagens situation. Ett införande av en rehabiliteringsavdelning skulle följaktligen resultera i att samtliga av regionens invånare gavs samma möjlighet till inneliggande rehabiliteringvård, oavsett ålder, diagnos eller skada.

På samhällsnivå menar den intervjuade vårdpersonalen att en mer hållbar situation skulle erhållas, då rehabiliteringsavdelningen skulle frigöra kapacitet till akutvårdsplatser för de patienter med stort medicinskt behov. Andelen medicinskt färdigvårdade som ligger kvar på akutvårdsplatser skulle minska och en mer vertikal jämlikhet skulle således uppstå. Patienterna med större behov av vårdresurser skulle också få tillgång till fler resurser (Starfield 2011). Med den förbättrade tillgängligheten på akutvårdsplatser skulle också de offentliga resurserna användas på ett mer optimalt sätt. Den medicinska kompetensen skulle användas mer ändamålsenligt jämfört med dagens situation där medicinskt färdigvårdade ligger kvar på akutvårdsplatser som har en hög bemanning av både läkare och sjuksköterskor, en yrkeskategori som av naturliga skäl inte är nödvändig i särskilt stor utsträckning om patienten är medicinskt färdigvårdad.

Efterfrågan på den offentligt erbjudna vården förväntas öka de kommande åren i och med den demografiska utvecklingen (Finansdepartementet 2000; Socialstyrelsen 2015). Samtidigt beskriver den intervjuade vårdpersonalen samt SU: interna rapport (2012) att rehabiliteringsresurserna de senaste åren blivit nerdragna på. För att kunna möta denna utveckling är därför investeringar inom rehabiliteringsområdet i Västra Götalandsregionen nödvändig. Trots en initialt stor investering, finns evidens att samhället ur ett långsiktigt ekonomiskt perspektiv skulle tjäna på rehabiliteringsavdelningen, då förutsättningarna för att återgå till jobbet ökar och komplikationerna minskar (Forte 2014; Perk 2001; Gutenbrunner, Ward & Chamberlain 2009). Även studiens resultat påvisar att det finns ekonomiska fördelar att dra med ett införande av en rehabiliteringsavdelning. I en jämförelse mellan den fiktiva rehabiliteringsavdelningen och sexton andra avdelningar på SU, blir kostnaden per patient och dygn lägst för rehabiliteringsavdelningen.

5.2.5 Potentiella risker och utmaningar

Införandet av en rehabiliteringsavdelning skulle innebära en flytt till en ny avdelning för patienterna. En flytt är alltid förenat med viss risk enligt den intervjuade vårdpersonalen. Vidare upplever även patienterna en flytt som ansträngande och jobbig då det innebär en ny miljö och ny personal. Teorin stämmer väl överens med det erhållna resultatet, då en flytt ur ett medicinskt perspektiv kan förlänga vårdtiden för patienten (SU 2012). Den intervjuade vårdpersonalen betonar dock att det redan idag sker förflyttningar av patienter mellan avdelningar och förutsatt att patienten är medicinskt stabil är dessa risker minimala.

En utmaning som identifierades under intervjuerna med vårdpersonalen är rehabiliteringsavdelningens trade-off mellan generalisering och specialisering. Tanken är att rehabiliteringsavdelningen ska vara tillgänglig för flertalet olika diagnoser och skadelägen.

Konsekvensen av detta blir således att avdelningens personal behöver bred kompetens jämfört med vad en specialiserad rehabiliteringsavdelning skulle haft. Eftersom patienterna inlagda på avdelningen kommer att ha skilda diagnoser och skadelägen kommer de också att vara i behov av olika rehabiliteringsinsatser. Följaktligen ställs därför högre krav på samordning och koordinering på en rehabiliteringsavdelning av den här typen. Samordning och koordinering beskrivs även av Höök & Grimby (2001) och Rivano-Fischer (2015) som en viktig förutsättning för effektiv rehabilitering.

Motivation, delaktighet och engagemang beskrivs av Gutenbrunner, Ward & Chamberlain (2009) som viktiga faktorer för att erhålla bästa möjliga förutsättningar för ett gott vårdutfall. Denna beskrivning stämmer väl överens med den som ges av de genomförda intervjuerna. En faktor med negativ inverkan på motivationen, delaktigheten och/eller engagemanget hos de inlagda patienterna skulle således kunna resultera i ett sämre vårdutfall. En utmaning som framkom under en intervju är den om patientsammansättningen. Inom vissa patientgrupper finns det individer som kräver extra hänsyn och kompetens, exempelvis individer med psykiatriska besvär eller beroendeproblematik. Dessa individer är ibland svåra att motivera och göra delaktiga i sin rehabilitering.

6 Diskussion

I följande kapitel görs inledningsvis en återblick till studiens frågeställningar med ambitionen att besvara dessa och därmed uppfylla studiens syfte. Därefter följer en redogörelse för vad studien förväntas bidra med och följs upp med en bredare diskussion som sätter studien i ett större sammanhang. Slutligen avslutas kapitlet med en diskussion kring studiens metod.

6.1 Om situationen som beskrivs 2012 har förändrats, på vilket sätt är den i så fall annorlunda?

Eftersom den problembild som ligger till grund för denna studie identifierades och beskrevs redan år 2012, fanns i studiens inledningsskede ett behov av att förankra problembilden i nutid för att säkerställa studiens relevans. Problembilden som beskrevs år 2012 innebar kort beskrivet att patienter låg kvar på akutvårdsavdelningar på grund av kvarvarande rehabiliteringsbehov, utan att vara i behov av vissa av resurserna på den relativt höga vårdnivån. Idag år 2017, fem år efter att SU först adresserade problematiken har förutsättningarna förändrats såväl internt som externt. Internt i form av omstruktureringar samt nedstängning och omvandling av vårdplatser och externt i form av en ökad efterfrågan på rehabiliteringsinsatser i kombination med en försämrad tillgänglighet på akutvårdsplatser.

Studien visar på att den situation som beskrivs år 2012 har förändrats. Resultatet från enkätundersökningen tyder på att situationen har försämrats, då 54 procent av de tillfrågade anser detta vara fallet. Vidare menar 38 procent att situationen är oförändrad medan endast 8 procent anser att situationen förbättrats. Eftersom 92 procent av de tillfrågade anser att situationen är antingen oförändrad eller försämrad står det alltså klart att den beskrivna situationen från år 2012 är fortsatt aktuell.

6.2 Hur påverkar den nuvarande situationen vårdkvalitet och effektivitet?

Att patienter är ineliggande på akutvårdsavdelningar på grund av kvarvarande rehabiliteringsbehov påverkar vårdkvaliteten och effektiviteten negativt. Det gäller framförallt den kliniska aspekten av vårdkvaliteten, men också den patientupplevda.

Utifrån det kliniska vårdkvalitetsperspektivet innebär dagens situation troligtvis att patientens fulla rehabiliteringspotential inte utnyttjas. Eftersom akutvårdsavdelningar inte är fokuserade på rehabilitering blir det en felmatchning mellan patientens behov och tillgängliga vårdresurser. Exempelvis är inte personalens kompetens och den fysiska miljön på en akutvårdsavdelning anpassad för rehabilitering. Detta kan anses vara problematiskt då en god rehabilitering för med sig flera positiva effekter för vårdkvaliteten. Som tidigare nämnt möjliggör rehabilitering en snabbare återuppbyggnad av muskulaturen (Höök 2001; Sojka, Thomeè & Grimby 2015).

Således ökar chanserna till en snabbare återgång till arbete. Det finns också evidens för att rehabiliteringsinsatser reducerar antalet komplikationer och dysfunktionaliteter hos patienter (Ward 2005). På en akutvårdsavdelning kan det antas vara svårt att ge patienter tillgång till ändamålsenlig rehabilitering. Det finns en risk att patienter därför går miste om några av rehabiliteringens positiva effekter, vilket kan ha en negativ inverkan på den kliniska vårdkvaliteten. Den patientupplevda vårdkvaliteten var i många fall god, enligt vad som framkommit i resultatet. Dock är det troligt att en tillgång till en än mer ändamålsenlig rehabilitering ytterligare hade kunnat förbättra den patientupplevda vårdkvaliteten för de aktuella patientgrupperna.

Som tidigare nämnts beror effektiviteten på graden av måluppfyllelse i relation till resursinsats. När patienten är ineliggande på akutvårdsavdelningar på grund av kvarvarande rehabiliteringsbehov är det rimligt att anta att graden av måluppfyllelse inte är optimal, beroende på de negativa effekterna på vårdkvaliteten som nämndes ovan. Dessutom utgör en felaktigt placerad patient en relativt hög resursinsats då en vårdplats på en akutvårdsavdelning oftast är kostsam jämfört med vårdavdelningar på lägre vårdnivå.

Tillika innebär situationen att vårdplatser på akutvårdsavdelningar blockeras. I kombination med den rådande platsbristen på akutvårdsavdelningar kan detta leda till ytterligare negativa konsekvenser för effektiviteten. Om det finns patienter som är i större behov av akutvårdsplatsen, men som inte får tillgång till den alternativt hamnar på en avdelning med överbeläggningar, blir graden av måluppfyllelse med största sannolikhet inte optimal för patienten i fråga.

6.3 Hur kan inrättandet av en rehabiliteringsavdelning komma att påverka vårdkvaliteten och effektiviteten?

Som nämnt ovan påverkar den nuvarande situationen både effektivitet och vårdkvalitet negativt. Det är tydligt att resurserna hade kunnat användas på ett mer optimalt sätt och att införa en rehabiliteringsavdelning är något som hade kunnat förbättra dagens situation.

Rehabiliteringsavdelningen skulle bland annat innebära möjliggörandet av en bättre vårdmatchning mellan patienters behov och tillgängliga vårdresurser. Detta eftersom patienter med rehabiliteringsbehov idag får ligga kvar på akutvårdsavdelningar som inte är optimalt anpassade för rehabilitering, både gällande miljö och personalens kompetens. En rehabiliteringsavdelning hade istället medfört att dessa patienterna istället hade kunnat flyttas till en avdelning med fokus på att möta de faktiska behoven som patientgruppen besitter. En sådan flytt förutspås påverka både den kliniska och patientupplevda vården positivt. Det skulle även öppna upp vårdplatser på akutvårdsavdelningarna som då kan upptas av patienter med ett större behov av akutvårdplatserna i fråga.

En rehabiliteringsavdelning innebär en möjlighet till bättre matchning av utdelad vård och patienternas vårdbehov. Därmed är även möjligheterna stora för att den kliniska vårdkvaliteten skulle påverkas positivt av införandet. Detta är något som har indikerats i professionsintervjuerna såväl som i granskad litteratur. Bland annat kan antalet komplikationer i vården reduceras via goda rehabiliteringsinsatser (Ward 2005). Utöver detta innebär en rehabiliteringsavdelning även möjligheten för patienter att träffa andra individer i liknande situation. Det är något som kan resultera i gynnsam en stimulans för patienterna, då de kan utbyta och dela erfarenheter och framsteg med varandra (Höök och Grimsby 2001). Dessutom skulle en rehabiliteringsavdelning även leda till en ökad möjlighet för patienter att involveras i rehabiliteringen. Det är något som vidare kan öka patientens motivation och engagemang (SOU 2016:2).

När det gäller den patientupplevda vårdkvaliteten skulle införandet av en rehabiliteringsavdelning troligen innebära övergripande positiva effekter. Detta trots att en sådan avdelning skulle leda till, något som många patienter under intervjuerna ansett som negativt, en ytterligare förflyttningar på sjukhuset. De positiva effekterna grundar sig bland annat i att en rehabiliteringsavdelning i många fall skulle innebära ett förändrat fokus, från att inledningsvis ha legat på patientens sjukdom till att istället ligga på den förbättringsprocess som rehabilitering innebär. I och med att en rehabiliteringsavdelning även skulle resultera i en annan personalomsättning, med bland annat en större andel fysioterapeuter, är även chansen att den patientupplevda vården ytterligare skulle påverkas positivt. Under patientintervjuer har det framkommit att patienter uppskattat det informationsutbyte och den vårdinvolvering som kontakten med fysioterapeuter ofta inneburit. Det stämmer även överens med några av definitionerna för patientcentrerad vård, bland annat patienten som medaktör i vården genom information och utbildning och respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar (Docteur & Coulter 2012).

Som tidigare diskuterats kan införandet av en rehabiliteringsavdelning resultera i en bättre matchning mellan patienternas behov och erbjuden vård, samtidigt som akutvårdsplatser blir tillgängliga. Dessa faktorer skulle potentiellt sett kunna förbättra vårdens effektivitet. Effektiviteten skulle bland annat öka som en följd av att en mer anpassad vårdmatchning som vidare förväntas resultera i bättre vårdutfall. Detta då misslyckad matchning i tilldelad vård och vårdbehov kan resultera i att patienters vårdresultat påverkas negativt (Ward 2005; DeLisa Gans & Walsh 2006). Med andra ord skulle införandet av en rehabiliteringsavdelning möjliggöra att vårdresurser används på ett mer ändamålsenligt sätt. Det förbättrade resursutnyttjandet skulle vidare kunna bidra till ett ökat uppfyllande rådande vårdbehov, vilket är något som skulle påverka vårdens effektivitet positivt. Mot bakgrund av svårigheterna att mäta effektivitet ges dock inga svar inom ramen för denna studie för i vilken utsträckning effektiviteten kan komma att påverkas.

Införandet av en rehabiliteringsavdelning kommer sannolikt att möjliggöra en mer effektiv vård, enligt de faktorer som belysts ovan. Samtidigt är ett sådant införande, allt annat lika, förknippat med en ökad totalkostnad för SU som enligt studiens beräkningar uppgår till 41 miljoner per år (se bilaga 4, *Redovisning av kostnadsberäkningar*). Å ena sida kan alltså en rehabiliteringsavdelning

möjliggöra en mer effektiv vård, men å andra sidan måste en betydande investering i ett sådant fall göras. Därför anses det vara befogat att utreda och överväga alternativa lösningar för att säkerställa att investerat kapital används på ett optimalt sätt. Detta är dock en fråga som ligger utanför studiens omfattning.

6.4 Hur kan hållbarhetsaspekter komma att påverkas vid införandet av en rehabiliteringsavdelning?

Den allmänna definitionen för hållbar utveckling är möjligheten att tillgodose dagens behov utan att kompromissa för det framtida och består av grundpelarna ekonomisk-, ekologisk- och social hållbarhet (FN 2016). Denna studie har fokuserat på den sociala och ekonomiska hållbarheten. Nedan redovisas eventuella effekter på hållbarhetsaspekter som skulle kunna påverkas vid införandet av en rehabiliteringsavdelning.

Införandet av en rehabiliteringsavdelning är något som skulle kunna bidra till att förbättra situationen med att färdigvårdade patienter idag ligger kvar på akutvårdsavdelningar, och därmed upptar vårdplatser som istället hade kunnat tilldelats patienter med ett högre vårdbehov. Att flytta de färdigvårdade patienterna med rehabiliteringsbehov till en rehabiliteringsavdelning skapar nämligen möjligheten för patienterna med högre vårdbehov att uppta de akutvårdsplatser som tidigare varit indisponibla. Avdelningen hade även inneburit en förbättring av situationen kopplat till de rådande bristerna av rehabiliteringsresurser som finns tillgängliga för patienter under 65 år. Detta eftersom patienter under 65 år med rehabiliteringsbehov då får tillgång till vårdplatser som är anpassade till deras vårdbehov. Införandet av avdelningen hade med andra ord haft en positiv påverkan på både den horisontella och vertikala dimensionen som Starfield (2011) beskriver, och därmed bidragit till en mer jämlik vård.

I och med att svensk sjukvård, till största del, finansieras via skattemedel råder det ett allmänintresse att de investerade resurserna utnyttjas så bra som möjligt, vilket ligger i linje med definitionen av den ekonomiska hållbarheten. Att patienter med vårdbehov som hade kunnat uppfyllas på lägre vårdnivåer istället ligger inskrivna på akutvårdsavdelningar med högre kostnad per vårdplats och dygn, påverkar resursutnyttjande negativt. Att införa rehabiliteringsavdelningen är alltså något som troligen hade påverkat situationen positivt. Detta eftersom avdelningen skulle möjliggöra att fler patienter kan erbjudas en mer anpassad vård i kombination med att en god rehabilitering kan öka chanserna för att patienter snabbare kan återgå till arbete (Höök 2001). Som tidigare behandlats kan även god rehabilitering leda till lägre sjukfrånvaro och minskad förtidspensionering (Blix 2013), vilket är något som kan anses som positivt för den ekonomiska hållbarheten i det svenska samhället i stort.

6.5 Aspekter att utreda vid ett eventuellt införande

Under studiens gång har ett det framkommit vissa aspekter som bör utredas ytterligare vid ett eventuellt införande.

Gällande placering av avdelningen finns enligt Sand och Lundgren Nilsson två rimliga alternativ. Det ena är att inrätta avdelningen på Sahlgrenska sjukhuset medan det andra är att lägga avdelningen på Högsbo sjukhus. En rehabiliteringsavdelning på Sahlgrenska skulle innebära en närhet till relevanta akutvårdsavdelningar som kan underlätta förflyttningar, både för patienten och medicinsk personal. Dock kan inte Sahlgrenska erbjuda samma förutsättningar för rehabilitering som Högsbo vad gäller tillgång till natur och grönområden. Ingen rekommendation om var rehabiliteringsavdelningen bör ligga vid ett eventuellt inrättande redovisas här. Detta då en sådan rekommendation kräver ytterligare efterforskning. Exempel på data som skulle vara relevant som beslutsunderlag är bland annat hur lokalkostnader och dylikt beror på avdelningens geografiska placering.

En annan aspekt som SU bör ha i åtanke är vilken ansvarsfördelning som ska råda på rehabiliteringsavdelningen. Till exempel är det inte självklart vilket verksamhetsområde som ska ha det övergripande ansvaret, eftersom avdelningen är ämnad för patientgrupper som kommer från flera olika verksamhetsområden. Detta är en fråga som kräver vidare efterforskning och därmed inte kommer att besvaras i denna studie.

6.6 Studiens bidrag

Målsättningen för denna kandidatuppsats har varit att genomföra en studie som ur tre övergripande perspektiv ämnar ge en bred bild av den rådande situationen och hur dessa hade påverkats av ett införande av en rehabiliteringsavdelning. När liknande undersökningar genomförs internt, vilket var fallet för SU:s rapport från 2012, finns risken att inte tillräcklig hänsyn tas till ekonomiska faktorer och patienters egna upplevelser. Även om det kan argumenteras att rapporter skrivna av medicinskt kunnig personal indirekt belyser dessa perspektiv är det svårt att underbygga att dessa personer har en lika fullständig expertis för exempelvis datainsamling som till exempel en controller har. Styrkan ligger därmed i att studien inte enbart fokuserar på en kostnadsaspekt eller en klinisk aspekt utan att den inkluderar tre perspektiv som erbjuder bredd; perspektiv som annars ofta behandlas åtskilda från varandra. Det är således förhoppningen att studien har resulterat i en bredare bild av problematiken.

Studien skulle även kunna vara till hjälp för andra vårdgivare i Sverige med liknande utmaningar som dem SU möter. Genom att belysa sjukvårdsrelaterade problem med flera relevanta perspektiv är förhoppningen att studien kan motivera till mer djupgående och multidisciplinära studier inom rehabilitering såväl som sjukvården i allmänhet.

6.7 Studien i en större kontext

Att patienter med rehabiliteringsbehov är ineliggande på akutvårdsavdelningar innebär, som tidigare diskuterats, en ineffektiv matchning av vårdinsatser. Vidare har det också konstaterats att införandet av en rehabiliteringsavdelning har potential att öka effektiviteten. I detta avsnitt diskuteras kort andra möjliga sätt att öka effektiviteten utifrån samarbetet mellan kommuner och landsting samt tillgängligheten på akutvårdsavdelningar.

6.7.1 Samverkan mellan kommuner och landsting

Ett sätt att öka effektiviteten i vården för den patientgrupp studien handlar om skulle kunna vara att förbättra samarbetet mellan kommuner och landsting. Då denna aspekt ligger utanför studiens syfte, har ämnet inte analyserats. Dock kan det konstateras att ämnet flertalet gånger tagits upp under intervjuer med vårdpersonal, vilket tyder på att samarbetet mellan kommuner och landsting är en viktig faktor när studien sätts i en större kontext.

Under intervjuerna beskrevs ett glapp i vårdkedjan mellan kommun och landsting. Detta glapp omfattar både en upplevd skillnad i rehabiliteringskompetens mellan organisationerna, men också att kommunen ibland inte hämtar patienter i rätt tid. Om samarbetet hade varit välfungerande är det troligt att vårdkedjan i stort hade fungerat bättre för den patientgrupp studien kretsar kring. Det viktiga för patienter som är i behov av rehabilitering är inte var de får rehabiliteringen, utan att de får den. Därmed är det inte säkert att en rehabiliteringsavdelning på SU är det enda alternativet. Exempelvis skulle kommunen kunna ha korttidsboenden med mer rehabiliteringsinriktade resurser och personal, vilket troligen hade lett till lika god påverkan på effektiviteten som en rehabiliteringsavdelning på SU. Frågeställningen hade alltså kunnat utvidgas till att även inkludera parametrar såsom var avdelningen ska ligga och vilken instans som ska ha det övergripande ansvaret. I slutändan finansieras trots allt vården av skattemedel, oavsett om det är landsting eller kommun som har ansvaret.

En annan möjlighet skulle kunna vara att patienterna får mer rehabilitering i hemmet, de gånger då behovet av rehabilitering inte är alltför intensivt. Rehabiliteringen kan då tänkas ske antingen genom hembesök av vårdpersonal eller kontakt med vården i form av exempelvis videosamtal. Här finns utrymme för att skapa en mer patientcentrerad vård. En av de fem kärndimensioner i patientcentrerad vård som identifierades av Docteur och Coulter (2009) är som tidigare nämnt respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar. Idealt vore om patienten själv kunde få bestämma om vederbörande vill vara på ett boende eller hemma.

6.7.2 Ökad tillgänglighet

Som behandlats tidigare i denna studie finns idag ett övergripande problem med bristande tillgänglighet på vårdplatser. Orsakerna till problemet är flera, där sjuksköterskebristen har tagits upp som en bidragande faktor. Att inrätta en rehabiliteringsavdelning blir därför ett verkningfullt angreppssätt i arbetet att öka kapaciteten, det vill säga antalet vårdplatser, givet bristen på

sjuksköterskor. Detta eftersom en rehabiliteringsavdelning utformad i enlighet med det som beskrivits i denna studie har ett betydligt lägre behov av denna kompetens.

Vårdplatserna vid en sådan rehabiliteringsavdelning skulle framförallt vara ämnade för patienter som har behov av intensiv rehabilitering. Samtidigt bör möjligheten att placera utskrivningsklara patienter som väntar på kommunala insatser på en sådan avdelning undersökas. Att utskrivningsklara patienter fortsatt vårdas på akutvårdsavdelningar är en bidragande orsak till vårdplatsbristen och om dessa kan placeras på en avdelning med lägre enhetskostnad uppstår positiva effekter ur ett tillgänglighets- såväl som ett kostnadsperspektiv.

De i studien utförda beräkningarna resulterade i en enhetskostnad om 4 348 kronor per patient och vårddygn för den fiktiva rehabiliteringsavdelningen. Vidare visar studien på en genomsnittlig enhetskostnad om 6 950 kronor per vårddygn för de studerade akutvårdsavdelningarna där utskrivningsklara patienter idag, i viss utsträckning återfinns. I de fall kommunen misslyckas att svara upp med rätt insatser i rätt tid utkrävs ett ersättningsbelopp för varje utskrivningsklar patient och vårddygn (SFS 1990:1404). Detta uppgick 2016 till 4 085 kronor per patient och vårddygn² och är alltså lägre oavsett om patienten vårdas på en rehabiliteringsavdelning eller akutvårdsavdelning. Å andra sidan är differensen betydligt mindre i de fall då patienten vårdas på rehabiliteringsavdelning, varför en sådan placering bör övervägas om det kan motiveras medicinskt och utrymmesmässigt. Slutligen ska det tilläggas att förändringar är aktuella i lagstiftningen (SFS 1990:1404) där kommunens betalningsansvar kan komma att utökas. Effekterna av dessa förändringar är i nuläget alltså inte kända.

6.8 Metoddiskussion

I detta delkapitel diskuteras möjliga brister i datainsamling och analys, för att förenkla för läsaren att bedöma studiens datainsamlingsprocess och öka studiens tillförlitlighet. Inledningsvis behandlas valideringen av den problembild studien tar sin utgångspunkt i. Därefter diskuteras intervjudata och framtagandet av underlag för kostnadsberäkningarna.

6.8.1 Validering av problembilden

Den internrapport (SU 2012) som kommit att utgöra studiens fundament och utgångspunkt har inte i sin helhet kunnat valideras, främst med avseende på internrapportens kvantitativa datainslag. Denna data, närmare bestämt utfallet av punktprevalensmätningen från 2011, har inte varit möjlig att hämta in på nytt inom ramen för denna studie då detta hade krävt medicinsk kompetens. Istället har den övergripande problembilden validerats med hjälp av en enkät och intervjuer.

² Gisela Fridstedt, systemförvaltare/utvecklingsledare, e-mail den 15 mars 2017.

Problembilden validerades främst med hjälp av data från enkäten. Dock går enkätens validitet att ifrågasätta. Främst på grund av att svarsfrekvensen är svårbedömd, samt att det ursprungliga urvalet av vilka individer som fick möjlighet att svara på enkäten gjordes av studiens kontaktperson på SU. Då författarna inte har kunskap om SU:s organisation är det även svårt att bedöma om urvalet var tillräckligt täckande. Den övergripande problembilden validerades därför också genom intervjuer med Sand och Lundgren Nilsson, samt under professionsintervjuerna.

6.8.2 Intervjudata

Kvalitativ data insamlad genom personliga intervjuer är alltid förknippad med ett visst mått av osäkerhet. Precis som vid alla typer av samtal görs olika tolkningar av vad som faktiskt sägs. Dessutom kan intervjuaren omedvetet genom kroppsspråk och ordval påverka den intervjuade individens svar. Att eliminera dessa osäkerhetsmoment är mycket svårt, och det är därför viktigt att det finns en medvetenhet kring dessa faktorer.

En svaghet i denna studie är att urvalet av intervjuobjekt för professionsintervjuerna möjligtvis inte var representativt. För professionsintervjuerna har alla kontaktuppgifter förutom till den intervjuade professor emeritus givits av studiens kontaktperson på SU. Det finns således en risk att intervjuobjekten är mer positivt inställda till en rehabiliteringsavdelning än genomsnittet, då kontaktpersonen själv ser positivt på införandet av en rehabiliteringsavdelning och därför kan ha namngivit andra individer med samma inställning.

Även urvalet av patientintervjuerna bör diskuteras. Kontakten med patienter har etablerats via patientföreningar och traumagrupper, där patienter frivilligt fått anmäla intresse. Då patienterna inte valts ut slumpmässigt finns risken att data från intervjuerna inte är representativt för alla patienter och patientgrupper. Kontakten med bland annat patientföreningar och traumagrupper har resulterat i att både patienter som genomgått transplantationer och patienter som genomgått ett trauma har intervjuats. Då intervjuerna till största delen består av den första gruppen, som i dagsläget har ett tydligt rehabiliteringsförlopp, finns risken att deras upplevelse av rehabiliteringen inte nödvändigtvis överensstämmer helt med den patientgrupp som studien ämnar att undersöka. Samtidigt bidrar patientgruppen till att belysa positiva aspekter och potentiella förbättringar med rehabiliteringen som kärnprocess, något som fortfarande bidrar till studiens syfte om att belysa patientperspektivet av en rehabiliteringsavdelning.

6.8.3 Underlag för kostnadsberäkningar

Studiens kvantitativa inslag avseende kostnader har, som tidigare nämnts, primärt hämtats från SU:s egna system för efterkalkylering och utgörs följaktligen av sekundärdata. Därmed uppstod svårigheter att validera denna data samtidigt som en ny insamling av primärdata inte varit möjlig. Eftersom kostnaderna är efterkalkylerade i enlighet med KPP-principerna (SKL 2015a) har datan ändå ett visst mått av validitet, även om kunskap saknas i hur väl KPP-principerna faktiskt har

tillämpats. Trots detta finns ingen idag känd metod som skulle vara mer ändamålsenlig, ett faktum som bidrar till studiens tillförlitlighet (Denscombe 2009). Förhoppningen är också att detta resonemang ska öka studiens generaliserbarhet då läsaren själv får möjligheten att värdera huruvida studiens resultat går att applicera i andra fall.

7 Slutsats

Studien visar på att den situation och problembild som beskrevs redan 2012 fortsatt är aktuell idag, 2017. Det faktum att medicinskt färdigvårdade patienter, på grund av kvarvarande rehabiliteringsbehov, fortsatt vårdas på akutvårdsplatser får konsekvenser över flera dimensioner.

I studien har det framkommit att vissa patientgrupper inte får ändamålsenlig vård eftersom de är inneliggande vid en avdelning på fel vårdnivå. En rehabiliteringsavdelning skulle med stor sannolikhet därför förbättra matchningen mellan erbjuden vård och vårdbehov, vilket skapar förutsättningar för ett förbättrat vårdutfall. Ur ett kliniskt perspektiv bör alltså rehabiliteringsavdelningen införas.

Vidare visar studiens resultat på att inrättandet av en rehabiliteringsavdelning troligtvis skulle förbättra den totala vårdkvaliteten ur ett patientperspektiv. Faktorer som lyfts fram är bland annat de ökade möjligheterna till patientinvolvering samt ett flyttat fokus från sjuk till frisk. Dessa faktorer är vidare något som kan ha positiv inverkan på patienters motivation och vårdutfall, vilket ytterligare styrker motivet för att införa en rehabiliteringsavdelning.

Resultatet av de beräkningar som genomförs inom ramen för studien visar på att en rehabiliteringsavdelning även ur ett effektivitetsperspektiv kan motiveras. Att placera patienterna på en rehabiliteringsavdelning väntas vara mer effektivt än att placera dem på akutvårdsplatser. Detta på grund av att vårdutfallet förbättras i kombination med reducerade kostnader per patient och vård dygn. Dessutom leder omplaceringen av de medicinskt färdigvårdade patienterna till att akutvårdsplatserna i större grad kan utnyttjas ändamålsenligt. Samtidigt medför införandet av en rehabiliteringsavdelning en ökad total kostnad om 41 miljoner kronor per år. Dessutom tillkommer diverse uppstartskostnader, vilka kräver ytterligare utredning för att bestämma.

Slutligen förväntas införandet av en rehabiliteringsavdelning resultera i en mer socialt och ekonomiskt hållbar situation där individens behov sätts i centrum och att vården blir mer effektiv.

Referenser

- Björk, E. (2017). Över 200 patienter väntar på utskrivning. *Göteborgsposten*, 26 januari. Hämtad 29 januari:
<http://www.gp.se/nyheter/göteborg/över-200-patienter-väntar-på-utskrivning-1.4131972>
- Black, N. (2013) Patient reported outcome measures could help transform healthcare, *London School of Hygiene & Tropical Medicine*. DOI: 10.1136/bmj.f167
<http://researchonline.lshtm.ac.uk/612296/1/bmj.f167.full.pdf>
- Blix, M. (2013). *Framtidens välfärd och den åldrande befolkningen* (Framtidskommissionens rapportserie Ds 2013:8). Stockholm: Framtidskommissionen. <https://data.riksdagen.se/fil/9D3AF882-E3A5-4CEE-A4AA-4484DE2BFCA6>
- Borg, J. Borg, K. Gerdle, B & Stibrant Sunnerhagen, K. (2015). Rehabiliteringsmedicin - Bakgrund och Aktuell Roll i Sjukvården. I Borg, J. Borg, K, Gerdle, B & Stibrant Sunnerhagen, K. (red). *Rehabiliteringsmedicin - Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur AB, ss 9-19.
- Börsbo, B & Lemming, D (2015). Utredning och Klinisk Undersökning av Personer med Kronisk Smärta. I Borg, J. Borg, K, Gerdle, B & Stibrant Sunnerhagen, K. (red). *Rehabiliteringsmedicin - Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur AB, ss 113-118.
- Cederberg, J. (2016). Överbeläggningarna på sjukhusen ökar kraftigt. *Dagens Medicin*, 30 maj. Hämtad 29 januari 2017:
<http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/05/30/overbelaggningsarna-pa-sjukhusen-okar-kraftigt>
- Cederquist, J. och Hjortendal Hellman, E. (2005) *Iakttagelser om Landsting* (Finansdepartementets rapportserie Ds 2005:7) Stockholm: Finansdepartementet.
- Dahllöf, A-G. Höök, O. Levi, R & Stjernberg, L. (2001). Ryggmärgsskador - Vårdprinciper. I Höök, O. (red.) *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber, ss. 375-386.
- DeLisa, J., Gans, B & Walsh, N. (2005). *Physical Medicine and Rehabilitation*. 4. uppl., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur

Dir. 2013:104. *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 8 april:
<http://www.regeringen.se/49bbc5/contentassets/e9a983e2026e43929ad0da43392bcc4b/en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden-dir.-2013104>

Docteur, E. & Coulter, A. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring* (Rapport 2012:5). Stockholm: Myndigheter för vård- och omsorgsanalys. <http://www.vardanalys.se/PageFiles/226/2012-5-Patientcentrering-web.pdf>

Dubois, A. & Gadde, L.E. (2002). Systematic combining: an abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 55(7), ss. 553-560. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)

Ekengren, A. M. & Hinnfors, J. (2006). *Uppsatshandbok: hur du lyckas med din uppsats*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur

Finansdepartementet. (2000). *En åldrande befolkning – konsekvenser för svensk ekonomi*. Stockholm: Finansdepartementet. <http://data.riksdagen.se/fil/34A30E4A-67D2-4529-9852-1ACF050AFFA8>

Folkhälsomyndigheten (2014). *Vad är social hållbarhet för oss?*. Hämtad 30 mars:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Forte (2014). *Rehabilitering och samordning - Ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam* (S2014/5621/SF) Stockholm: Forte.
http://forte.se/wp-content/uploads/2015/04/rehsam_rapport-1.pdf

Gallan, A., Jarvis, C., Brown, S., Bitner, M. (2012). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*. DOI: 10.1007/s11747-012-0307-4

Glouberman, S. och Mintzberg, H. (1996) Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, vol. 2

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), ss. 105-112. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)

Grimby, G & Stibrant Sunnerhagen, K. (2015). Bedömning och Utvärdering - Aspekter på ICF. I Borg, J. Borg, K, Gerdle, B & Stibrant Sunnerhagen, K. (red). *Rehabiliteringsmedicin - Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur AB, ss 19-29.

Gruen, R., Elliot, J., Nolan, M., Lawton, P., Parkhill, A., McLaren, C., Lavis, J. (2008) Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *The Lancet*, vol. 372, nr 9649, ss. 1579-1589.

Gutenbrunner, C., Ward, AB & Chamberlain, A. (2009). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 1(6), ss. 10-36 DOI: 10.2340/16501977-0028

Höök, O. (2001). Immobilisering. I Höök, O. (red.) *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber, ss. 68-73.

Höök, O. & Grimby, G. (2001). Rehabiliteringsmedicin - målsättning och organisation. I Höök, O. (red.) *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber, ss. 13-24.

Kungliga Tekniska Högskolan (2015). *Ekonomisk hållbarhet*. Hämtad 30 mars: <https://www.kth.se/om/miljo-hallbar-utveckling/utbildning-miljo-hallbar-utveckling/verktygslada/sustainable-development/ekonomisk-hallbarhet-1.431976>

Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör: Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Göteborg: Göteborgs universitet. <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/9881/3/kappa%20080317.pdf>

Schwandt, T. A., Lincoln, Y. S. and Guba, E. G. (2007), Judging interpretations: But is it rigorous? trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Evaluation*, 2007: 11–25. doi:10.1002/ev.223

Lynöe, N. Engström, I. Löfmark, R. (2009). Från läkarpaternalism till patientautonomi. *Läkartidningen*, 21 december. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=13440>

Mulder, K. (2006) *Sustainable Development for Engineers*. Sheffield: Greenleaf Publishing Ltd

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 - en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (PM 2016:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Hämtad 28 mars:

<http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2016/Varden%20ur%20befolkningens%20perspektiv%202016%20-%20en%20jämförelse%20mellan%20Sverige%20och%20tio%20andra%20länder.pdf>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder* (Rapport 2014:11). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

<http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2014/2014-11-V%C3%A5rden%20ur%20patienternas%20perspektiv.pdf>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder* (Rapport 2015:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

[http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2015/V%C3%A5rden%20ur%20prim%C3%A4rv%C3%A5rds%C3%A4karnas%20perspektiv%20-%20en%20j%C3%A4mf%C3%B6relse%20mellan%20Sverige%20och%20nio%20andra%20l%C3%A4nder%20\(2\).pdf](http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2015/V%C3%A5rden%20ur%20prim%C3%A4rv%C3%A5rds%C3%A4karnas%20perspektiv%20-%20en%20j%C3%A4mf%C3%B6relse%20mellan%20Sverige%20och%20nio%20andra%20l%C3%A4nder%20(2).pdf)

Nordemar, R. (2001). Rehabilitering vid kroniska besvär från länd- och korsrygg. I Höök, O. (red.) *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber, ss. 13-24.

Pagels, S. (2016). Utskrivningsklara patienter fyller fyra avdelningar på Sahlgrenska. *Vårdfokus*, 9 december. Hämtad 13 april 2017:

<https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2016/december/Utskrivningsklara-patienter-fyller-fyra-avdelningar-pa-sahlgrenska/>

Pehrson, J. (2011). Patientfokus ger 30 procent kortare vårdtid. *Svenska Dagbladet*, 14 september. <https://www.svd.se/patientfokus-ger-30-procent-kortare-vardtid>

Perk, J. (2001). Rehabilitering vid ischemisk hjärtsjukdom (IHD). I Höök, O. (red.) *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber, ss. 470-479.

Porter M.E (2008) Value-Based Health Care Delivery. *Annals of Surgery*, Volume 248, Number 4, October 2008.

Porter, M.E. (2010) What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMp1011024

Porter, M.E. & Olmsted Teisberg (2004) *Redefining Competition in Health Care* Boston, MA: Harvard Business Review.

Porter, M.E. & Olmsted Teisberg (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Rehabiliteringsrådet (2011). *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande* (SOU 2011:15). Stockholm: Socialdepartementet

Rienecker, L. & Stray Jörgensen, P. (2014). *Att skriva en bra uppsats*. 3. uppl., Lund: Liber

Rivano-Fischer, M. (2015) Processer och Arbetsätt inom Rehabilitering. I Borg, J. Borg, K, Gerdle, B & Stibrant Sunnerhagen, K. (red). *Rehabiliteringsmedicin - Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur AB, ss 42-46.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2012). *Slutrapport "Behov av inneliggande somatisk rehabilitering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)"* [internt material]. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2016). *Rätt patient på rätt plats - vid rätt tillfälle* [internt material]. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

SBU (2015). *Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer* (Rapport 2015: 235). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
http://www.sbu.se/contentassets/e6c0d255a3b54ff29cc0cb5af35eddcdb/rehabilitering_aldre_hof_tfrakturer_interdisciplinara_team_2015.pdf

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 1990:1404. *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19901404-om-kommunernas-betalningsansvar_sfs-1990-1404

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (2016). *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 27 mars 2017:

http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf

Socialstyrelsen (2014). *Handbok för effektivitetsanalyser - För god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19600/2014-11-17.pdf>

Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72-rev2.pdf.pdf>

Socialstyrelsen (2017). *Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 2017-05-04. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/kommunikation-och-informationshantering>

Socialdepartementet (2012). *Mål för folkhälsan* (Regeringens proposition 2002/03:35). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19747/2015-2-51.pdf>

Sojka, P. Thomeè, R & Grimby, G (2015). Muskelfunktion och kondition - Mätning och Träning. I Borg, J. Borg, K, Gerdle, B & Stibrant Sunnerhagen, K. (red). *Rehabiliteringsmedicin - Teori och Praktik*. Lund: Studentlitteratur AB, ss 61-73.

Starfield, B. (2011) The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, vol. 10, nr 1, ss. 15.

Statistiska centralbyrån (2016). *Arbetskraftsbarometern 2016 - Vilka utbildningar ger jobb?* Örebro: Statistiska Centralbyrån. Hämtad 26 januari: http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/UF0505_2016A01_BR_AM78BR1604.pdf

Svenskt Näringsliv (2016) Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden. Svenskt Näringsliv. Stockholm. https://www.svensktnaringsliv.se/migration_catalog/Rapporter_och_opinionsmaterial/Rapporter/produktivitetsskillnader-akutsjukhuspdf_647586.html/BINARY/Produktivitetsskillnader%20akutsjukhus.pdf

Sveriges kommuner och Landsting (2016). *Ingen på sjukhus i onödan*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 28 januari: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-421-2.pdf?issuysl=ignore>

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015a). *Nationella KPP-principer - version 3. Kostnad per patient*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Hämtad 8 april: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-364-2.pdf?issuosl=ignore>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Patientrapporterade mått*. Hämtad 27 april:

<http://www.kvalitetsregister.se/drivaregister/patientmedverkan/patientrapporteradematt.1988.html>

Sveriges Kommuner och Landsting (2015b). *Sveriges sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm:

Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 28 januari:

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-075-7.pdf>

Sveriges Läkarförbund (2014). *Utskrivningsklara Patienter*. Stockholm: Sveriges Läkarförbund.

Hämtad 28 april:

https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Utskrivningsklara_rapport.pdf

Svenskt Näringsliv (2016). *Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden*. Stockholm: Svenskt Näringsliv. Hämtad 26 januari:

https://www.svensktnaringsliv.se/migration_catalog/Rapporter_och_opinionsmaterial/Rapporter/produktivitetsskillnader-akutsjukhuspdf_647586.html/BINARY/Produktivitetsskillnader%20akutsjukhus.pdf

The Health Foundation (2014). *Person-centred care made simple What everyone should know about person-centred care*. London: The Health Foundation.

<http://www.health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>

United Nations (2016). Sustainable Development. Hämtad 13 mars 2017:

<http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/sustdev.shtml>

Västra Götalandsregionen. (2016). *Befolkningsprognos Västra Götaland 2016-2030 (Västra Götalandsregionens rapportserie 2016:7)*. Göteborg: Västra Götalandsregionen.

<http://www.vgregion.se/om-vgr/statistik-analys/analysportalen/2016/befolkningsprognos-vastra-gotaland-2016-2030/>

Västra Götalandsregionen (2017). *Jämlik vård*.

Hämtad 1 maj 2017:

<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden2/jamlik-varld/vart-arbete-pa-kunskapscentrum-for-jamlik-varld/>

Västra Götalandsregionen (2015). Samling för social hållbarhet – åtgärder för jämlik hälsa. Hämtad 31 januari: <http://www2.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Samling-for-social-hallbarhet---atgarder-for-jamlik-halsa-i-Vastra-Gotland/>

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Ward, AB (2005). *Oxford Handbook of rehabilitation medicine*. Oxford: Oxford University Press

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. (2001) *Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective; Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001: 309–322.

<http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>

World Health Organisation (2013). *How to use the ICF - A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneve: WHO

World Health Organization (2008). *The world health report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneve: WHO.

http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_en.pdf?ua=1

Yin, R. K. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur

Åsgård, S (2017). Facken kräver krafttag mot vårdplatsbrist. *Dagens Medicin*, 25 januari.

Hämtad 12 april:

<https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/01/25/facken-kraver-krafttag-mot-vardplatsbrist/>

Åstrand, P-O. (2001). Fysisk träning. I Höök, O. (red.) *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber, ss. 113-121.

Bilaga 1 – Enkät

SU publicerade 2012 rapporten "Behov av inneliggande somatisk rehabilitering på Sahlgrenska Universitetssjukhuset". I rapporten konstaterades att cirka 120 medicinskt färdigvårdade patienter med ett identifierat rehabiliteringsbehov* fanns inskrivna på olika avdelningar för somatisk vård på SU. Av dessa 120 patienter befann sig cirka ett trettiotal på avdelningar på vilka de inte kunde erbjudas ändamålsenlig rehabilitering. Ett faktum som dels resulterar i att patienter med ett identifierat rehabiliteringsbehov inte får detta behov tillgodosett och dels i att patienter belägger vårdplatser optimerade för annan typ av vård.

* Rehabiliteringsbehovet identifierades genom en punktprevalensmätning där samtliga inneliggande patienters vårdbehov bedömdes medicinskt av läkare och av rehabiliteringspersonal. För att en patient ska ha ett rehabiliteringsbehov skulle följande kriterier vara uppfyllda.

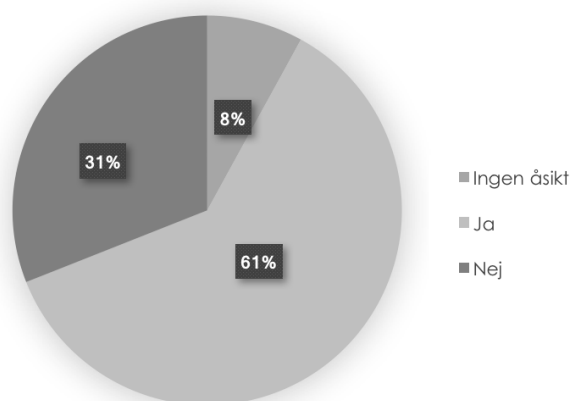
Patienten ska/har:

- vara medicinskt stabil
- bedömas kunna återgå till ordinärt boende
- ha en förbättringspotential och motivation att delta i rehabilitering samt förväntas uppnå en ökad självständighet
- ett förväntat behov av minst 14 dagars rehabilitering, alternativt en förväntad total vårdtid på mer än 3 veckor

Observera att ditt namn och din befattning inte kommer att användas i något annat syfte än att säkerställa att endast ett svar per befattningshavare inkommit.

1. Nu, fem år senare, känner du att situationen som beskrivs ovan stämmer in på din avdelning/avdelningar?

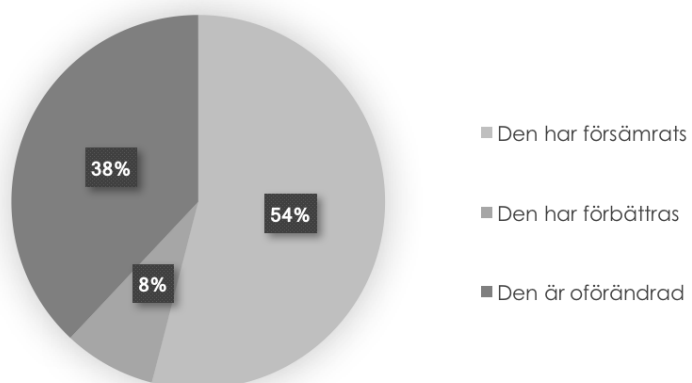
Känner du att situationen som beskrivs i SU:s rapport (2012) stämmer in på din avdelning/avdelningar?



2. Vad är orsaken till ditt svar på fråga 1?

3. Givet beskrivningen ovan, hur anser du att situationen har ändrats sen du tillträdde i din roll?

Givet beskrivningen i SU:s rapport (2012), hur anser du att situationen har förändrats sedan du tillträdde din roll?



Bilaga 2 – Intervjumall för professionsintervjuer

Innan intervjun inleds informeras den intervjuade om följande:

- Den intervjuade kommer att vara anonym.
- Den intervjuade får avbryta intervjun när som helst, om så önskas.
- Den intervjuade informeras om syftet med intervjun.
- Den intervjuade erbjuds att ta del av arbetets slutrapport, om så önskas.

Intervjufrågor (*Frågor redovisade i kursiv text är eventuella följdfrågor*)

1. Vilka patientgrupper arbetar du med?
2. Hur ser vårdkedjan, eller vårdkedjorna, ut för de patientgrupper du arbetar med?
3. Hur skulle en optimal vårdkedja se ut?
4. Vilka konsekvenser kan god rehabilitering föra med sig, på individ- och samhällsnivå?
5. Vilka anser du är de viktigaste förutsättningarna för att kunna bedriva en god rehabiliteringsvård?
6. 2012 gjordes en rapport på SU som, baserat på en punktprevalensmätning, identifierade en grupp med patienter som var medicinskt stabila men låg kvar på akutvårdsavdelningar på grund av ett kvarvarande rehabiliteringsbehov. Känner du igen den situationen? *Vilka konsekvenser tror du situationen kan få?*
7. Hur tror du vårdkvaliteten skulle påverkas för en patient som är medicinskt stabil, och inneliggande på en akutvårdsavdelning på grund av ett kvarvarande rehabiliteringsbehov, vid införandet av en rehabiliteringsavdelning som möjliggör en förflyttning av patienten?
8. Vilka andra för- och nackdelar skulle införandet av en rehabiliteringsavdelning kunna medföra?

Bilaga 3 – Intervjumall för patientintervjuer

Innan intervjun inleds informeras den intervjuande om följande:

- Den intervjuade kommer att vara anonym.
- Den intervjuade får avbryta intervjun när som helst, om så önskas.
- Den intervjuade informeras om syftet med intervjun.
- Den intervjuade erbjuds att ta del av arbetets slutrapport, om så önskas.

Intervjufrågor (Frågor redovisade i kursiv text är eventuella följdfrågor)

1. Beskriv de huvudsakliga beståndsdelarna i din vårdprocess? Sammanfatta den vård du fått kopplat till din åkomma och de avdelningar du har legat på.
2. Hur såg din rehabilitering ut under denna vårdprocess?
3. Hur nöjd vad du med din rehabiliteringsprocess på sjukhuset? (Skala 1-10). *Varför får rehabiliteringsprocessen just det betyget? Vad hade kunnat förbättras?*
4. Upplevde du att du fick önskad/lämplig återhämtning under din tid på rehabilitering? *Vad tror du att det beror på?*
5. Upplevde du att vårdpersonalens bemötande och kompetens skiljde sig från tiden innan operation jämfört med efter operation, dvs före och under rehabiliteringen? *Vad hade kunnat förbättras?*
6. Hur betygsätter du fysioterapeuternas och sjukgymnasternas insatser under rehabiliteringen? (Skala 1-10). *Varför får fysioterapeuterna och sjukgymnasterna just det betyget? Vad hade kunnat förbättras?*
7. Hur betygsätter du övrig vårdpersonal under rehabiliteringen (Skala 1-10). *Vad gjordes bra/mindre bra? Vad hade kunnat förbättras?*
8. Upplevde du att vårdpersonalens informering skiljde sig från tiden innan operation jämfört med efter operation, dvs innan respektive under rehabiliteringen? *Vad hade kunnat göras annorlunda?*
9. Kände du dig trygg och upplevde du att vården höll god kvalitet under vårdprocessen? *Varför?*
10. Varierade vårdkvaliteten över tid? *Varför/ varför inte?*
11. Hur upplevde du att det var att vara patient under rehabiliteringsprocessen?

12. Saknade du något under vårdprocessen? *Vad? Hur hade det påverkat dig om du fått det?*
13. Upplevde du att du fick tillräckligt med information och återkoppling under din tid i vården?
Vad hade kunnat göras annorlunda?
14. Om du hade fått ändra något under din tid i vårdprocessen, vad hade du ändrat då? *Varför hade du velat ändra på det?*
15. Hur tror du att en avdelning med enbart fokus på rehabilitering hade påverkat din personliga vårdupplevelse? *Varför?*

Bilaga 4 – Redovisning av kostnadsberäkningar

Befattning	Antal heltider	Lön	Kostnad *
Arbetsterapeut	4	29845	218
Fysioterapeut	4	30646	224
Rehabassistent	2	25600	94
Vårdenhetschef	1	40 000	73
Assistent till vårdenhetschef	1	24458	45
Sjuksköterska	14	30879	790
Undersköterska	42	24458	1299
Administrativ personal	Avd 623	-	94
Receptarie	1	30000	55
Kurator	0.5	31232	25
Totalt			4348
* kronor per patient och vårddygn			

Kostnaden per patient och vårddygn beräknades på följande vis:

$$\text{Enhetskostnad} = \sum \text{medellön}_{\text{befattning}} \times 12 \times \text{antal heltider}_{\text{befattning}} \times \frac{1,1445}{365 \times 26}$$

Eftersom medellönen uttrycks i kronor per månad multiplicerades siffran med $\frac{12}{365}$ för att få fram lönen uttryckt i kronor per dag. Sedan multiplicerades denna siffra med 1,445 vilket representerar den gällande arbetsgivaravgiften. I nämnaren hittar vi även siffran 26 vilket motsvarar antalet patienter på avdelningen.

Den totala årskostnaden beräknades på följande vis:

$$\text{Totala årskostnader} = \text{enhetskostnad} \times 26 \times 365$$

Eftersom enhetskostnaden är detsamma som kostnad per patient och vårddygn erhålls årskostnaden genom att multiplicera denna med antalet vårdplatser (26) och antalet vårddygn (365) på ett år.

Bilaga 5 – Kostnadsstruktur för avdelning 623

Avdelning 623		39 715 745		8 713	
Totalt					
Objekt	Typ av kostnad	Total kostnad			
		%	Slutkostnadsställe	Enhetskostnad	
VT_7311343_AV [Vårdbyggnadskostnad ansvarig enhet]		100,0%	2 479 893	544,1	4 558
R_13420_C1 [Läkare - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader Läkare	99,7%	2 472 478,7	542,5	
SK_13420_K04 [Rehab Avd 623 HS Diagnostikkostnader]	Diagnostikkostnad extern	0,2%	4 151,6	0,9	
SK_13420_K03 [Rehab Avd 623 HS Labkostnader]	Labkostnad extern	0,1%	3 262,6	0,7	
R_13420_K05 [Läkemedel - Rehab Avd 623 HS]	Rekvistionsläkemedel	0,0%	0,4	0,0	
VT_7311343_FV [Vårdbyggnadskostnad fysisk plats]		100,0%	37 235 851,86	8 169,34	4 558
SK_13420_I01 [Rehab Avd 623 HS Intäkt KPP]	Kostnadsreducerande intäkt	0,00%	-1 146,3	-0,3	
KS_13420_I02 [Rehab Avd 623 HS - Kostnadsreducerande intäkt]	OH-forskning (reducering)	-0,02%	-7 113,2	-1,6	
SK_13420_K01 [Rehab Avd 623 HS Personalkostnader]	Personalkostnader utan personalkategori	0,31%	116 358,8	25,5	
R_13420_A1 [Sjuksköterskor - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader sjuksköterskor	19,32%	7 192 737,0	1 578,0	
R_13420_A2 [Barnmorskor - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader barnmorskor	0,00%	549,8	0,1	
R_13420_B1 [Undersköterskor - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader undersköterskor	23,09%	8 599 487,4	1 886,7	
R_13420_G1 [Psykolog - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader psykolog	2,13%	793 555,4	174,1	
R_13420_G3 [Fysioterapeut - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader fysioterapeut	5,98%	2 225 368,9	488,2	
R_13420_G4 [Arbets terapeut - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader arbets terapeut	6,38%	2 373 967,4	520,8	
R_13420_G5 [Logoped - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader logoped	2,88%	1 071 281,6	235,0	
R_13420_G7 [Kurator - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader kurator	1,95%	727 356,9	159,6	
R_13420_G8 [Övrig rehabiliteringspersonal - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader Övrig rehabpersonal	0,83%	310 459,3	68,1	
R_13420_H1 [Biomedicinsk analytiker - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader Biomedicinsk analytiker	0,00%	542,3	0,1	
R_13420_X1 [Övriga personalkategorier - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader Övriga personalkategorier	2,72%	1 012 299,4	222,1	
R_13420_X2 [Specialpedagog - Rehab Avd 623 HS]	Personalkostnader Specialpedagog	0,43%	161 763,9	35,5	
R_13420_K06 [Medicinskt material - Rehab Avd 623 HS]	Material	0,54%	199 328,3	43,7	
R_13420_K08 [Avskrivningar - Rehab Avd 623 HS]	Avskrivningar	0,33%	122 440,3	26,9	
SK_13420_K07 [Rehab Avd 623 HS Lokalkostnader]	Lokalkostnader inkl städ	9,26%	3 448 904,1	756,7	
SK_13420_K01_F1 [Rehab Avd 623 HS Personalkostnader Administratör, våra]	Personalkostnader vårdadministratör	1,15%	428 109,3	93,9	
HK_UT [Nyckel Utförd tja]	Sjukhus-OH	9,16%	3 409 248,0	748,0	
HK_NEUR_OH [Neurosjukvård Overhead]	Verksamhets-OH	4,42%	1 646 140,7	361,2	
HK_OMR6_OH [Område 6 Overhead]	Områdes-OH	2,23%	829 204,8	181,9	
HK_CentPost [Central Posthantering]	Posthantering	0,05%	19 338,1	4,2	
HK_PatKost [Patientkost]	Patientkost	1,76%	654 236,7	143,5	
HK_PerT [Tvätt Personalkläder]	Tvätt personalkläder	0,79%	294 361,0	64,6	
HK_PatT [Tvätt Patienttextilier]	Tvätt patienttextilier	0,51%	188 526,2	41,4	
HK_ATSG_OH_ÖVROMR [Arbets terapi och sjukgymnastik VO overhead övriga områden]	Verksamhets-OH från arbets terapi och fysioterapi	0,65%	243 358,2	53,4	
KS_51820_K09 [Arbter och Fyster Högso - Övriga kostnader]	Övriga kostnader Arbets terapi och fysioterapi	0,56%	206 789,8	45,4	
HK_OMR3_OH_ATSG [Arbets terapi och fysioterapi OH omr 3]	Områdes-OH område 3 - för arbets terapi och sjukgymnastik	0,38%	141 187,4	31,0	
HK_BEMA_K09 [Bemanningservice Övriga kostnader och OH]	OH bemanningservice	0,25%	93 722,3	20,6	
HK_OMR2_OH_BEMA [Bemanningservice OH Omr 2]	Områdes-OH område 2 - för bemanningservice	0,01%	3 754,4	0,8	
HK_MFT [Medicinsk fysik och teknik Område 4]	Medicinsk fysik och teknik	0,04%	16 715,8	3,7	
HK_OMR4_OH_MFT [Medicinsk Fysik och Teknik OH omr 4]	Områdes-OH område 4 - MFT	0,00%	280,7	0,1	
KS_13420_K09 [Rehab Avd 623 HS - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	1,55%	576 170,5	126,4	
KS_58400_K09 [Omr 6 Övernattningsrum Högso - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,01%	2 355,5	0,5	
KS_54360_K09 [Rehab Läkare - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,14%	50 563,5	11,1	
KS_54280_K09 [Neuro Psykologer o Kuratorer - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,09%	32 922,4	7,2	
KS_24650_K09 [SS Ger Neurologopedi - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,08%	29 772,9	6,5	
KS_17770_K09 [Amb Sjuktransportfordon - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,02%	8 626,8	1,9	
KS_54220_K09 [Neuro Administrativ enhet - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,01%	5 574,5	1,2	
KS_50340_K09 [Kard HLR centrum - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,01%	4 885,1	1,1	
KS_14360_K09 [Amb Ambulanfordon - Övriga kostnader]	Övriga kostnader	0,01%	1 866,0	0,4	

Bilaga 6 – Månadslön per personalkategori

Personalkategori		månadslön
Sjuksköterskor	Anestesisjuksköterska	33038
	Distriktssjuksköterska	35225
	Psykiatrisjuksköterska	31987
	Ambulanssjuksköterska	31301
	Sjuksköterska, handikapp- och äldreomsorg/geriatrik	31700
	Intensivvårdssjuksköterska	33683
	Operationssjuksköterska	34094
	Sjuksköterska, medicin/kirurgi	32390
	Sjuksköterska, barn	30558
	Sjuksköterska, annan specialinriktning	31377
	Sjuksköterska, specialfunktion	34771
	Sjuksköterska, annan	29094
	Röntgensjuksköterska	30515
	Sjuksköterskor	30879
	Undersköterskor m.fl.	Undersköterska, habilitering
Undersköterska, vård-/specialavdelning		24524
Undersköterska, mottagning		25855
Barnsköterska		24641
Ambulanssjukvårdare		25508
Fotvårdsspecialist		27281
Skötare, mottagning		27091
Skötare, vårdavdelning		23815
Biträdesarbete, annat		21054
Undersköterskor m.fl.		24458
Läkare	Överläkare	65879
	Specialistläkare	57618
	Läkare legitimerad, specialiseringstjänstgöring	40263
	Läkare legitimerad, annan	38719
	Läkare ej legitimerad, allmäntjänstgöring	31259
	Läkare ej legitimerad, annan	28944
	Läkare	53527
	Läkare	53527
Psykolog	Psykolog	35090
	PTP-psykolog	26696
	Psykolog	34332
Sjukgymnast	Sjukgymnast (fysioterapeut)	30646
Arbetsterapeut	Arbetsterapeut	29845
Logoped	Logoped	32338
Dietist	Dietist	30385
Kurator	Kurator	31232
Övrig rehabiliteringspersonal	Arbetsterapibiträde	25717
	Sjukgymnastikbiträde	24563
	Audionom	30700
	Syn-, hörsel- och talpedagog	29900
	Friskvårdsarbete	27217
	Rehabiliterings- och förebyggande arbete, annat	26855
	Behandlingsassistent/Socialpedagog	24483
	Övrig rehabiliteringspersonal	25600
Kostnad för arbetsgivaravgifter (2017) uppgår till 44,5%		