

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 9/2020

Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen

Framtagande av huvudprocesskarta
för processbaserad
verksamhetsutveckling

Verksamhet:	Vuxenhabiliteringen Psykiatri och habilitering, Region Skåne
Projektansvarig chef:	Ingrid Kongslöv, verksamhetschef Ingrid.Kongslov@skane.se
Projektets medarbetare:	Emma Ekberg, verksamhetsutvecklare Emma.Ekberg@skane.se Jenny Lönnberg, enhetschef Jenny.Lonnberg@skane.se
Handledare vid FoUU-enheten:	Åsa Waldo, fil dr Asa.Waldo@skane.se
Utgivning:	Oktober 2020
ISBN:	978-91-7261-337-9
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habilitering. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Ekberg, E & Lönnberg, J. (2020). *Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen*. FoU-rapport 9/2020, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, Region Skåne

Sammanfattning

Syftet är att definiera vuxenhabiliteringens huvudprocesser, beskriva deras innehåll, vad de syftar till, hur de relaterar till varandra och hur etablerade de är. Utifrån detta synliggörs deras förbättringspotential.

Inledningsvis identifierades preliminära huvudprocesser utifrån styrande dokument och samtal med nyckelpersoner. För att kvalitetssäkra huvudprocesserna genomfördes intervjuer i fokusgrupper med personer i såväl ledande funktioner som medarbetare som bedriver patientarbete. Materialet analyserades process för process dels utifrån processens syfte relaterat till Region Skånes kvalitetsområden för *God vård*, dels utifrån hur etablerad processen är och vilken förbättringspotential som finns.

Slutsatser:

- Vuxenhabiliteringens verksamhet kan låta sig beskrivas med hjälp av fem huvudprocesser. Dessa svarar tillsammans mot kvalitetsområdena för *God vård*.
- Huvudprocesserna som handlar om att säkerställa att patienten hamnat rätt, ge insatser enligt HSL respektive råd och stöd enligt LSS (huvudprocess 2, 3, och 4) är i huvudsak etablerade inom verksamheten.
- Huvudprocesserna som handlar om information (huvudprocess 1) och förbättring (huvudprocess 5) är till viss del etablerade i separata delar men är inte kända som sammanhängande processer.
- Visualiseringen av huvudprocesserna ger möjlighet att ytterligare förbättra och utveckla vuxenhabiliteringen utifrån verksamhetens uppdrag och patienternas behov.

Förväntad nytta för patienten är att behovet av insatser bättre tillgodoses av vuxenhabiliteringen och därmed ger förutsättningar att fungera bättre i vardagen.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forsknings-, Utvecklings- och Utbildningsenheten) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har processbaserad verksamhetsutveckling använts för att tydliggöra vuxenhabiliteringens huvudprocesser. Projektet har genomförts av verksamhetsutvecklare Emma Ekberg och enhetschef Jenny Lönnberg. Forsknings- och utvecklingsledare fil dr Åsa Waldo har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från verksamhetsområdeschef Ingrid Kongslöv. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett stort tack till de medarbetare som medverkat i intervjuer, fokusgrupper och workshop för deras engagemang och värdefulla synpunkter.

Lund oktober 2020

Daniel Lindqvist
Specialistläkare, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	7
1.1 Vuxenhabiliteringen – vad, varför och för vem?.....	7
1.2 Processbaserad verksamhetsutveckling.....	8
2. Syfte	12
3. Metod	12
3.1 Beskrivning av studien	12
3.2 Deltagare.....	12
3.3 Materialinsamling	13
3.4 Analys.....	15
3.5 Etiska överväganden.....	15
4. Resultat	16
4.1 Tydligt informera om att vi finns och vad vi erbjuder – huvudprocess 1	17
4.2 Säkerställa att patienten har kommit rätt – huvudprocess 2.....	21
4.3 Ge habiliterande insatser för att stödja patienten att fungera bättre i vardagen – huvudprocess 3.....	24
4.4 Ge råd och stöd enligt LSS-beslut – huvudprocess 4.....	27
4.5 Utveckla verksamheten för att bättre tillgodose patienters behov i framtiden – huvudprocess 5.....	29
5. Diskussion	32
5.1 Huvudprocesskartan som avspeglning av verkligheten.....	32
5.2 Värdeerbjudande, grad av etablering och förbättringsmöjligheter	33
5.3 Fortsatt arbete med verksamhetsutveckling	34
6. Slutsatser	35
7. Implementering	35
Referenser	36
Bilagor	37
<i>Bilaga 1: Intervjuguide verksamhetschef samt planerings- och utvecklingsstrateg.....</i>	<i>37</i>

Bilaga 2: Intervjuguide fokusgruppsamtal – utvecklingsråd, ledningsgrupp och team . 39
Bilaga 3: Huvudprocesskarta 41

1. Bakgrund

1.1 Vuxenhabiliteringen – vad, varför och för vem?

Vuxenhabiliteringens verksamhetsidé handlar om att stärka individens kraft och frihet att forma sitt eget liv. Det innebär att varje patient ska få det stöd och den behandling som hen har behov av. Den habilitering som verksamheten bedriver ska karaktäriseras av God vård. Begreppet God vård introducerades i samband med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (2005) och beskrivs i rapporten *Nationella indikatorer för God vård* (Socialstyrelsen, 2009)¹. I Region Skånes uppdrag (2019) preciseras kvalitetsområdena för God vård till att hälso- och sjukvården och därmed habiliteringen ska vara tillgänglig, personcentrerad, hälsoinriktad, jämlik, säker, kunskapsbaserad och effektiv.

Ovanstående beskriver såväl *vad* vuxenhabiliteringen ska erbjuda (t.ex. en jämlik och säker vård) som *varför* habiliteringen ska erbjuda detta (för att stärka individens kraft och frihet att forma sitt eget liv). Detta är en form av löften som i det dagliga arbetet ska infrias i mötet med patienten. Beskrivningen av *hur* dessa löften ska realiseras finns tydliggjort i åtskilliga stödjande dokument, rutiner och riktlinjer. Erfarenhet tyder på att medarbetare, trots omfattande dokumentation, kan uppleva att det är svårt att skapa sig en helhetsbild av dessa. Ljungberg och Larsson (2019) bekräftar att det är vanligt med ett överskott av beskrivningar och rutiner i verksamheter och att dessa kan överlappa varandra. I förvaltningens organisationsskiss görs en visuell beskrivning av *vem* som är ansvarig för olika områden. Tillsammans med verksamhetens uppdragsbeskrivningar ger organisationsskissen en bild av hur förvaltningen är organiserad ur ett *funktionsbaserat* perspektiv. Dessa dokument visar emellertid inte *vad* som görs, *vilket värde* som skapas eller vems behov som ska tillgodoses. Ett kompletterande sätt att beskriva en organisation är att istället utgå från vilket värde som organisationen ska skapa samt hur verksamheten tillgodoser mottagarens behov. Detta kan låta sig göras genom att betrakta verksamheten utifrån ett *processbaserat* perspektiv (Ljungberg och Larsson 2012; 2019). Ett sådant sätt att beskriva en verksamhet utgör i sin tur en grund för processbaserad verksamhetsutveckling.

¹ Sex områden lyftes fram som viktiga förutsättningar för God vård: 1) kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, 2) säker hälso- och sjukvård, 3) patientfokuserad hälso- och sjukvård, 4) effektiv hälso- och sjukvård, 5) jämlik hälso- och sjukvård samt 6) hälso- och sjukvård i rimlig tid.

Habiliteringen bedriver ett ständigt utvecklingsarbete för att finna nya sätt att realisera verksamhetsidén. Årliga måldokument och aktivitetsplaner används som stödjande dokument för att utveckla verksamheten inom olika målområden. Ett utvecklingsarbete som utgår från ett processbaserat synsätt där *vad*, *varför* och *för vem* sätts i fokus skulle kunna ge en tydligare helhetsbild av verksamheten och göra det möjligt att identifiera viktiga utvecklingsområden som riskerar att förbises i traditionellt mål- arbete.

Utifrån ovanstående resonemang kan det konstateras att det – såväl ur ett medarbetarperspektiv (att finna stöd i det dagliga arbetet) som ur ett verksamhetsutvecklingsperspektiv (att driva utvecklingen utifrån en helhetsbild av verksamheten) – finns ett behov av att på ett mer stabilt och visuellt tydligt sätt visa *vad* som erbjuds och *varför* detta erbjuds. Detta kan göras genom att utveckla en huvudprocesskarta. I en huvudprocesskarta visualiseras verksamhetens viktigaste processer. Det synliggörs även hur dessa hänger samman med varandra och med verksamhetens målsättningar. I en huvudprocess finns ett antal aktiviteter som kommer i en viss ordning. Varje aktivitet ska skapa värde i riktning mot processens syfte.

1.2 Processbaserad verksamhetsutveckling

Vad skiljer processbaserad verksamhetsutveckling från övrig verksamhetsutveckling? I det följande beskrivs dels grundläggande idéer och begrepp, dels vilka verktyg som används inom processbaserad verksamhetsutveckling. Denna framställning baseras på Ljungberg och Larsson (2012; 2019).

Grundläggande idéer

Kärnan i processbaserad verksamhetsutveckling utgörs av kundens, i vuxenhabiliteringens fall patientens, behov och verksamhetens syfte. Vidare betonar processbaserad verksamhetsutveckling vikten av att tolka och visualisera verksamheten som ett antal sammanlänkade värdeskapande *processer* till skillnad från hur man vanligtvis beskriver verksamheter utifrån olika *funktioner*. Det kan även inom processbaserad verksamhetsutveckling vara relevant med en traditionell organisations-skiss men den viktigaste beskrivningen av organisationen ges utifrån det värde som skapas genom olika processer.

Begreppet ”process”

Eftersom begreppet process används i många olika sammanhang är det viktigt att ge en tydlig definition av hur begreppet används i samband med processbaserad verksamhetsutveckling. Startpunkten för en process är alltid ett behov och slutpunkten är alltid ett tillgodosett behov. Däremellan

finns ett antal aktiviteter som tillför värde, som hänger ihop logiskt och som tillsammans gör att det ursprungliga behovet tillgodoses. Dessa sammanlänkade aktiviteter ska utgöra arbetssätt som används repetitivt inom verksamheten. Med andra ord är processer ett sätt att beskriva gemensamma arbetssätt för att tillgodose behov.

Typer av processer

Verksamhetens processer kan delas in i tre kategorier enligt följande.

1. Huvudprocesser är de processer som är knutna till verksamhetens kärna och till det man gör direkt med kunderna. Typiska huvudprocesser kan enligt Ljungberg och Larsson (2019) vara:
 - Process för att berätta att verksamheten finns och vad verksamheten erbjuder
 - Process för att skapa överenskommelse med kunder
 - Process för att tillfredsställa kundens behov i dag
 - Process för att tillfredsställa kundens behov i morgon
 - Process för att stödja kunden efter leverans
2. Stödprocesser är de processer som behövs för att huvudprocesserna ska fungera så bra som möjligt. Ett exempel på en stödprocess kan vara att "ge IT-support".
3. Ledningsprocesser behövs för att styra och samordna huvud- och stödprocesser, exempelvis att "bestämma och skapa förutsättningar för att uppnå mål".

Denna rapport fokuserar enbart på de huvudprocesser som finns inom vuxenhabiliteringen.

Steg i processbaserad verksamhetsutveckling

För att bedriva processbaserad verksamhetsutveckling krävs det enligt Ljungberg och Larsson (2019) arbete i fyra steg enligt följande:

1. Förstå de viktigaste processerna verksamheten har
2. Bestämma hur arbetet i de olika processerna blir optimalt
3. Använda processerna så som de är tänkta att används
4. Ta bort eventuella hinder för processerna

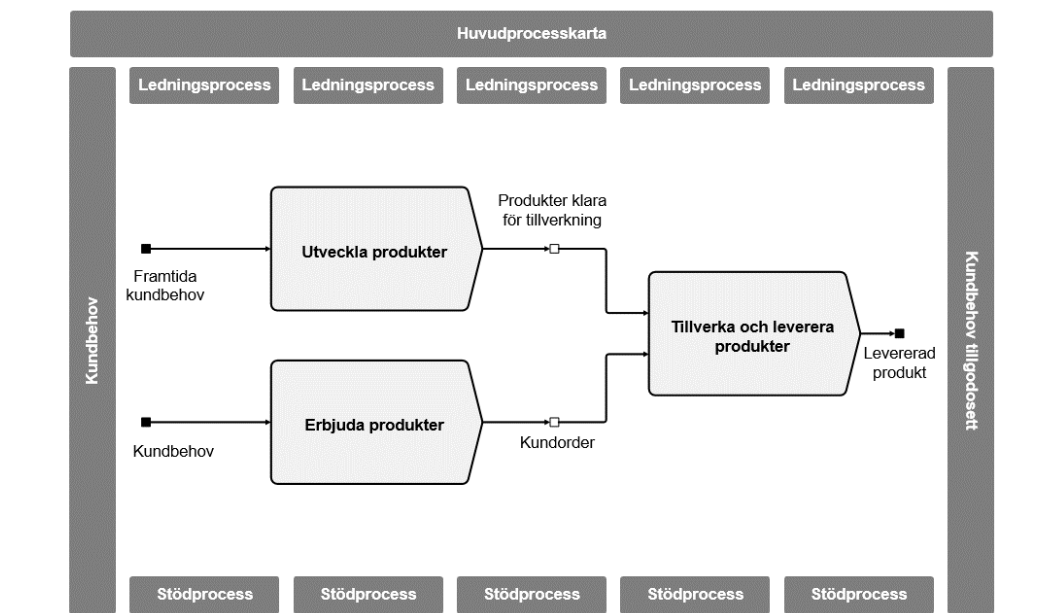
Föreliggande rapport omfattar steg ett och delvis steg två ovan. Steg tre och fyra behandlas inte men huvudprocesskartan som tas fram inom ramen för arbetet ger verksamheten goda förutsättningar att arbeta vidare med dessa steg.

Förutsättningar för en etablerad process

Ljungberg och Larsson beskriver att en etablerad process är en process som *används som avsett av alla som bör använda den*. För att en process ska räknas som etablerad krävs att användarna upplever den som *användbar, känd, accepterad, förstådd och tillgänglig*.

Huvudprocesskartan som verktyg

En huvudprocesskarta visar vilka de viktigaste processerna för en verksamhet är och hur de hänger samman. Verksamhetsidéen utgör en viktig startpunkt när en huvudprocesskarta tas fram. Kombinationen av processer och deras syften speglar tillsammans vad verksamheten gör för att kunna leva upp till sin verksamhetsidé. Varje enskild huvudprocess bidrar till helheten och är avgörande för att verksamheten ska fungera som det är tänkt. I Figur 1 illustreras hur en huvudprocesskarta kan se ut i sitt grundutförande.



Figur 1. Exempel på en generell huvudprocesskarta efter Ljungberg & Larsson (2012).

Huvudprocesserna ritas som kartor i enlighet med konceptet VPM (värde-baserad processmodellering). Varje karta visar vilket/vilka behov som startar processen, vilka delprocesser som ingår i processen, vilka aktiviteter som ingår i delprocesserna samt hur aktiviteterna logiskt hänger ihop och bildar ett nätverk för att slutligen tillgodose det behov som startat processen. Till varje aktivitet anges även vilka aktörer som är involverade, vilka system/plattformar som används samt vilka stödjande dokument som finns att förhålla sig till. Kartorna ritas med den detaljeringsgrad som antas vara rimlig för att kunna utgöra dels stöd för medarbetare och chefer i att förstå hur processen är uppbyggd och dels ett diskussionsunderlag i framtida utvecklingsarbete. En viktig avvägning vid valet av detaljeringsgrad är medarbetarnas behov av vägledning i den aktuella organisationen. Behovet av vägledning ställs i förhållande till behovet av flexibilitet i sitt yrkesutövande.

En huvudprocesskarta kan tas fram av flera olika anledningar. I förlängningen kan en det visuella tydliggörandet av processerna bidra till att:

- Beskriva hur verksamheten skapar värde för patienten utifrån patientens perspektiv. Detta för att enkelt kunna säkerställa att verksamheten är uppbyggd för att skapa värde för dem den är avsedd för.
- Tydliggöra hur olika processer förhåller sig till varandra och till omvärlden.
- Tydliggöra hur systemet av styrande dokument och IT-system relaterar till aktiviteterna i processerna samt vilka aktörer som är involverade i de olika aktiviteterna.
- Skapa en grund för verksamhetsutveckling genom analys av hur processerna kan utvecklas till att bli bättre samt att analysera hur beslut och förändringar, såväl inom som utanför organisationen, kan påverka befintliga processer.
- Få en tydlig bild av hur stödjande system, främst IT-system, kan byggas upp. I detta fall kan det exempelvis vara aktuellt att bidra med information till SDV-projektet².

² SDV, Skånes digitala vårdssystem, är en heltäckande digital plattform som införs med start 2021 för Region Skånes vårdförvaltningar och de privata vårdgivare som arbetar på uppdrag av Region Skåne.

2. Syfte

Syftet är att definiera vuxenhabiliteringens huvudprocesser, beskriva deras innehåll, vad de syftar till, hur de relaterar till varandra och hur etablerade de är. Utifrån detta synliggörs deras förbättringspotential.

3. Metod

3.1 Beskrivning av studien

Inledningsvis identifierades vilka huvudprocesser som skulle kunna ingå i en huvudprocesskarta. Detta gjordes utifrån en genomgång av befintliga styrande dokument som på olika sätt beskriver verksamhetens syfte (varför) och de aktiviteter som genomförs i verksamheten (vad) samt genom förintervjuer med nyckelpersoner i verksamheten.

För att kvalitetssäkra arbetet genomfördes ett antal intervjuer i fokusgrupper. Deltagare var såväl personer i ledande funktioner som medarbetare som dagligen arbetar i huvudprocesserna i det faktiska mötet med patienten. En detaljerad beskrivning av materialinsamling och urval av deltagare ges nedan.

Intervjuerna utgjorde en grund för kartorna och inte tvärtom. Diskussionerna fördes inte utifrån kartorna utan utifrån en muntlig och övergripande beskrivning av vad processerna syftade till.

Utifrån materialinsamling, intervjuer och fokusgruppsamtal togs en visuell beskrivning av huvudprocesserna fram. I denna tydliggjordes processernas aktiviteter i logisk följd och processernas inbördes relationer beskrevs. Till denna gjordes en skriftlig beskrivning av varje process med utgångspunkt av övergripande beskrivning av processen samt beskrivning av utmaningar och förbättringsområden kopplade till processen. Detta redovisas i resultatavsnittet.

3.2 Deltagare

Förintervjuer

I syfte att skapa en förståelse kring verksamhetens syfte och verksamhetens huvudprocesser intervjuades:

- Förvaltningens planerings- och utvecklingsstrateg.
- Verksamhetschefen för vuxenhabiliteringen

Fokusgruppintervjuer och workshop

Följande fokusgruppintervjuer genomfördes:

- Fokusgrupp 1 bestående av:
 - Verksamhetens yrkesutvecklare, i syfte att fånga professionsperspektivet
 - Verksamhetens utvecklingsledare för den *nationella modellen för öppna prioriteringar* i syfte att tillföra kunskap om verksamhetens insatser och effekter.
- Fokusgrupp 2 bestående av verksamhetens enhetschefer och verksamhetschef i syfte att bevaka ledningsperspektivet.
- Fokusgrupp 3 bestående av ett av verksamhetens team i syfte att tillföra kunskap om det dagliga användandet av processerna.

Slutligen genomfördes en workshop med vuxenhabiliteringens utvidgade ledningsgrupp i syfte att få en gemensam input från samtliga ledningsfunktioner inom verksamheten (teamledare, yrkesutvecklare, enhetschefer och verksamhetschef). Workshopen gick ut på att resonera kring huvudprocesserna utifrån olika intressentperspektiv (patient, medarbetare, samverkanspart och ledning).

Sammanlagt deltog 26 personer i intervjuerna vilket utgör cirka 17 % av vuxenhabiliteringens anställda. I workshopen deltog totalt 20 personer av vilka 16 personer även deltagit vid intervjutillfällena.

3.3 Materialinsamling

Insamlandet av material genomfördes under våren 2019 enligt följande:

1. Genomgång av skriftligt material i syfte att skapa förståelse för vuxenhabiliteringens "vad, varför, för vem, av vilka och hur".
 - Styrande dokument: Målfokus 2019, verksamhetsidé, ledningens strategi, beskrivningar av uppdrag samt gränssnittsbeskrivningar i förhållande till exempelvis kommuner, psykiatri samt primärvård
 - Tidigare förbättringsprojekt: *Onödig efterfrågan (2019)*, *Vuxenhabiliteringen – en utvärderande nulägesbeskrivning (2012)*
 - Resultat från nationell patientenkät (NPE) 2018.

Utifrån detta togs ett förslag till beskrivning av verksamhetens huvudprocesser och tillhörande processspecifikationer fram.

2. Semistrukturerade förintervjuer för avstämning av förslaget på huvudprocesser i relation till värdegrund, policys, riktlinjer och anvisningar (se intervjuguide i Bilaga 1)

Utifrån förintervjuerna justerades förslaget på huvudprocesser och utkast till processspecifikationer.

3. Fokusgruppintervjuer i syfte att pröva förslagen mot praktiken och få in underlag för att kunna utveckla huvudprocesserna och visualisera dem i processkartan. Tre fokusgruppsintervjuer genomfördes.

För varje process diskuterades frågor såsom vad som görs inom ramen för processen, hur den fungerar i nuläget samt hur den eventuellt bör utvecklas. Tyngdpunkten låg på att beskriva nuläget. Det bör poängteras att några av processerna tog upp större utrymme än andra. Även den sammantagna helhetsbilden av processerna togs upp under fokusgruppintervjuerna. Deltagarna resonerade kring om det fanns någon process som hör ihop med någon annan, om någon process saknades samt om någon process upplevdes som överflödigt eller felaktig (se intervjuguide i Bilaga 2).

Grupperna resonerade, i olika grad, även kring frågor om hur en huvudprocesskarta skulle kunna hjälpa deltagarna i deras arbete samt om något som skulle kunna göras annorlunda för att det skulle kunna hjälpa dem bättre.

Fokusgruppintervjuerna transkriberades och analyserades.

4. Workshop med verksamhetens utvidgade ledningsgrupp där enhetschefer, teamledare och yrkesutvecklare fick göra en enkel kravanalys med utgångspunkt i processernas huvudsakliga intressenter (patienter, närstående, medarbetare och ledning).

3.4 Analys

Materialet från fokusgruppsamtalen analyserades process för process utifrån:

- Processens syfte. Vid beskrivning av syftet relaterades till Region Skånes kvalitetsområden för God vård: *jämlik vård, hälsoinriktad vård, tillgänglig vård, kunskapsbaserad vård, personcentrerad vård, säker vård och effektiv vård.*
- Beskrivning av processen genom delprocesser, ingående aktiviteter, roller, stödande dokument.
- Om processen är etablerad, det vill säga att den *används som avsett av alla som bör använda den.* Detta förutsätter att medarbetarna upplever processen som *användbar, känd, accepterad, förstådd och tillgänglig* (Ljungberg & Larsson 2012:161 f)

Utifrån ovanstående sammanfattades slutligen förbättringsområden kopplat till huvudprocesserna.

Under analysarbetet har processer såväl utökats, slagits ihop som tagits bort. Exempelvis fanns det i ursprungsförslaget på huvudprocesser en separat process för att *Skapa förutsättningar för att patienten ska känna sig välkommen tillbaka.* Denna har vävts in i huvudprocess 2. Vidare presenterades från början *Skapa och tillvarata innovationer* och *Utveckla och säkra användning av evidensbaserade insatser* som två separata huvudprocesser. Dessa har slagits samman till huvudprocess 5. Under analysarbetet framkom att det även var relevant att lyfta fram *Förbättra verksamheten utifrån klagomål, känd vårdskada/risk för vårdskada* inom ramen för huvudprocess 5.

3.5 Etiska överväganden

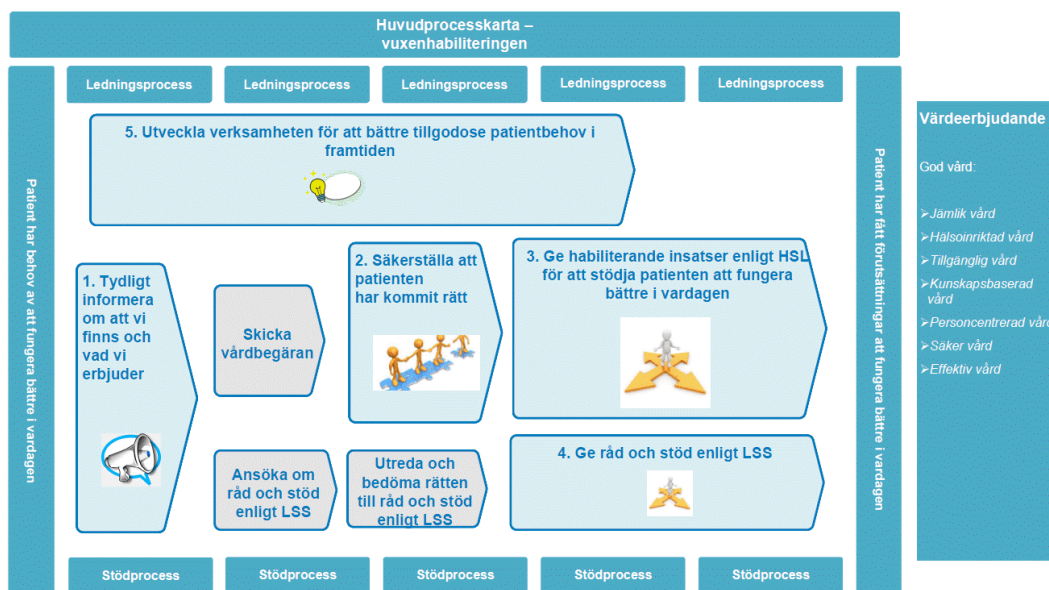
Deltagarna i förintervjuerna deltog efter förfrågan medan deltagarna i fokusgrupperna förväntades delta inom ramen för sina ordinarie uppdrag. Det fanns ingen egentlig frivillighet att delta i fokusgrupperna men det uttrycktes inte heller något motstånd till detta.

Synpunkter som framkommit i fokusgruppsintervjuerna och som presenteras i rapporten har avidentifierats så att synpunkter inte kan härledas till någon enskild person.

4. Resultat

Resultatet beskriver vuxenhabiliteringens huvudprocesser såsom de preciserats efter intervjuer och fokusgrupper. Den slutgiltiga huvudprocesskartan innehåller fem huvudprocesser som framgår i Figur 2:

1. Tydligt informera om att vi finns och vad vi erbjuder
2. Säkerställa att patienten har kommit rätt
3. Ge habiliterande insatser enligt HSL för att stödja patienten att fungera bättre i vardagen
4. Ge råd och stöd enligt LSS
5. Utveckla verksamheten för att bättre tillgodose patientbehov i framtiden



Figur 2. Bild av huvudprocesskartan för vuxenhabiliteringen. Se Bilaga 3 för detaljer.

Gällande de inbördes relationerna mellan huvudprocesserna kan det konstateras att de processer som rör HSL (1 och 2) är helt frikopplade från den process som rör LSS (3). Process 4 är grundläggande för att process 2 och 3 ska kunna vara verkningsfulla. Det bör betonas att process 5 har ett uttalat syfte att tillgodose patientbehov just *i framtiden* medan övriga processer i huvudsak syftar till att tillgodose patientbehov som finns *idag*.

Resultatavsnittets disposition utgår från de fem huvudprocesserna. För varje process preciseras syftet och hur det relaterar till kvalitetsområdena för God vård. Vidare beskrivs processerna utifrån vilka delprocesser och aktiviteter som ingår samt hur processen relaterar till övriga processer. Därefter redovisas hur etablerad processen bedöms vara. Detta baseras på om processen är användbar, känd, accepterad, förstådd och tillgänglig samt om den används som det är tänkt i praktiken (Ljungberg & Larsson, 2019). Med utgångspunkt i bedömningen preciseras förbättringsmöjligheter för processen.

4.1 Tydligt informera om att vi finns och vad vi erbjuder – huvudprocess 1

Huvudprocess 1 består av delprocesserna *tillhandahålla god allmän information* och *ge specifik information*.

Ur ett strikt processbaserat verksamhetsutvecklingsperspektiv skulle några av de aktiviteter som ingår i denna process istället utgöra delar i en stödprocess medan de aktiviteter som riktar sig direkt till patienten skulle kunna utgöra delar av en huvudprocess. I rapporten hanteras emellertid informationsaktiviteterna som en sammanhållen huvudprocess. Detta görs i syfte att öka begripligheten och processens användbarhet i det fortsatta förbättringsarbetet.

Processens syfte

Processens syfte är att nå ut med korrekt information till vård- och samhällsaktörer samt till de medborgare som kan ha direkta/indirekta behov av vuxenhabiliteringens stöd. Denna information ska ge en så tydlig bild som möjligt av olika sätt att komma i kontakt med verksamheten samt om vuxenhabiliteringens uppdrag, målgrupper och insatser.

Inom ramen för kvalitetsområdena för God vård kopplar detta syfte framförallt an till *säker vård* och *tillgänglig vård*. Det är en fråga om patient-säkerhet att resultatet av denna process är adekvat. Om en patient blir hänvisad till vuxenhabiliteringen utan att tillhöra målgruppen kan detta exempelvis leda till fördröjda vårdprocesser och/eller utebliven vård. Om denna process fungerar väl ökar möjligheten att patienten hamnar rätt från början (se huvudprocess 2).

Beskrivning av processen

Informationen vänder sig till exempel till patienter, närstående, samverkanspartner samt andra som söker information om verksamheten. I grova drag handlar det dels om att *tillhandahålla god allmän information om vår verksamhet* genom exempelvis extern webb och vårdgivarwebb och tryckt material, dels handlar det om *ge specifik information vid uppkomna frågor*. Det handlar även om att *delta i och vid behov initiera samverkansmöten på strategisk nivå*.

När det gäller att tillhandahålla god information till *remittenter* om remisskriterier, uppdrag och gränssnitt är involverade aktörer dels kommunikationsenheten, dels chefer och medarbetare. Den främsta informationskanal som används är *Vårdgivarwebben*, en plattform som kan nås av alla via internet men som riktar sig till vårdaktörer såväl inom som utanför Region Skåne³. Remittenter kan även vända sig direkt till vuxenhabiliteringen för specifik information.

När det gäller att ge generell information till *potentiella patienter* utgör *Region Skånes webbplats* den främsta plattformen. Om en person är i behov av mer information än den som finns på webbplatsen, alternativt inte använder sig av internet som första informationskanal, så behöver vuxenhabiliteringen kunna tydliggöra kontaktvägar och se till att personen får den information hen behöver på lämpligt sätt. Det ska därför finnas god tillgänglighet för att nå verksamheten via telefon och 1177. Som stödande dokument för vilken information som bör finnas på webbplatsen finns *Region Skånes Riktlinjer för webbplats* samt *Innehållsstrategi för Vard.skane.se*. Dessa aktiviteter involverar enhetschef, enhetssekreterare, remittent, teamledare och patient. Som stöd till processen finns ett antal styrande dokument. De mest centrala dokumentet är *Från remiss till habiliteringsplanering* som grundar sig på det regionövergripande dokumentet *Praxis för remisshantering i Region Skåne*.

Gällande ömsesidiga behov av *samverkan mellan samverkanspartner och vuxenhabiliteringen* är den huvudsakliga aktiviteten att *dela och ta emot information samt delta och vid behov initiera samverkansmöten på strategisk nivå*⁴. Involverade aktörer kan vara dels verksamhetschefen som samverkar på en strategisk nivå, dels enhetschefer som samverkar med chefer inom exempelvis kommuner, psykiatri, primärvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling med flera. Som stödande dokument

³ Det finns naturligtvis vårdaktörer som vänder sig direkt till vuxenhabiliteringen via telefon eller via andra kanaler än vårdgivarwebben i första hand.

⁴ Samverkan kring enskilda patienter sker inom ramen för huvudprocess 3.

för denna aktivitet finns överenskommelser som reglerar samverkan med kommunerna, barn- och ungdomshabiliteringen, primärvården och vuxenpsykiatrien.

När det gäller information till *befintliga patienter* om när och var vuxenhabiliteringen erbjuder insatser som inte riktar sig till en särskild patient, exempelvis gruppinsatser, visas detta huvudsakligen via extern webb. De aktörer som är involverade i denna aktivitet är kommunikationsavdelningen, vuxenhabiliteringens ledning och medarbetare på vuxenhabiliteringens enheter. Stödande dokument i denna aktivitet är framför allt vuxenhabiliteringens *Anvisning för gruppinsatser*. För mer specifik information till patienten hänvisas patienten till personal inom vuxenhabiliteringen.

Etablering och förbättringspotential

Som nämndes i bakgrunden kan en process ses som etablerad hos sina användare om den *används som avsett av alla som bör använda den*. Detta kräver att processen av dess användare ses som *användbar, känd, accepterad, förstådd* och *tillgänglig* (Ljungberg & Larsson 2012:161 f).

Det finns i nuläget ingen samlad tillgänglig beskrivning av hur vuxenhabiliteringen systematiskt informerar om uppdrag och erbjudande. De aktiviteter som beskrivs inom ramen för denna process finns i olika dokument som finns tillgängliga på olika platser. Detta kan bidra till att den sammanhållna bilden av vuxenhabiliteringens sätt att kommunicera kring sitt uppdrag inte är känd i sin helhet. Däremot är de olika delarna kända av de aktörer som är ansvariga för respektive moment. Exempelvis är aktiviteten kring information genom samverkan med andra aktörer mer känd hos ledningsgruppen än övriga fokusgrupper.

Det har under intervjuerna framkommit önskemål om en mer tydlig beskrivning av vad vuxenhabiliteringen gör för att tillgodose olika aktörers behov av information om vuxenhabiliteringens uppdrag och erbjudande. Exempelvis lyfter utvecklingsrådet att det skulle vara önskvärt att ha en tydlig sammanhållen rutin för hur detta ska gå till. Vidare lyfter det intervjuade teamet fram att det är viktigt att kunskap om uppdrag och gränssnitt inte får vara personbunden.

I intervjuerna ges uttryck för att det till viss del finns en begränsad förståelse hos andra vårdaktörer för vuxenhabiliteringens uppdrag, gränssnitt och samverkansformer. Detta upplevs ibland som frustrerande för personal inom vuxenhabiliteringen. En medarbetare uttrycker det såhär:

Vi får varje vecka frågor från samma [enhet utanför vuxenhabiliteringen] som frågar 'Vad gör ni? Kan vi skicka denna person till er som har [diagnos utanför målgrupp]?'. (Utvecklingsrådet)

I teamet beskrivs hur informationen till andra vård- och samhällsaktörer är beroende av enskilda individers kunskap. Detta innebär en viss sårbarhet när personer slutar på sin arbetsplats.

Jag upplever att kunskapsöverföring, det är så himla personbundet, så fort någon slutar så försvinner också kunskapen. Då är det ju så oerhört viktigt att allt finns dokumenterat på ett begripligt sätt.
(Teamet)

I teamet beskrivs exempelvis överenskommelsen med kommunerna som svårbegriplig – dels när det gäller att själv förstå den, dels när det gäller att begripliggöra den för andra. Det lyfts fram att det finns en del kända missförstånd kring vad rehabiliteringen erbjuder samt kring gränssnitt till kommuner, psykiatri och primärvård.

Det finns samverkansdokument men ändå blir det oklart. (Teamet)

Plötsligt så kommer det en remiss 'Ja men jag [patient] har fått reda på att jag ska få träffa en läkare här, att ni har det.' Det är som en spiral som går runt hela tiden och vi måste se till att den inte bryts ideligen, ideligen. (Teamet)

En konsekvens som beskrivs är att informationsaktiviteter ibland kommer "för sent" i processen – i samband med att vuxenhabiliteringen svarar på remiss (se huvudprocess 2).

I ledningsgruppen betonas bland annat vikten av att tydliggöra vad det innebär att vuxenhabiliteringen är ett komplement till basala samhällsfunktioner.

Det handlar också om vad man **inte** kan erbjuda. (Ledningsgruppen)

Konkreta förbättringsförslag som lyfts fram under intervjuerna är att ta fram ett tydligare informationsmaterial med lättillgänglig information för att ge rätt förväntningar till såväl patienter som samverkansparter. Det finns även önskemål om att det görs satsningar på att skapa en förståelse inom den egna verksamheten kring hur vuxenhabiliteringens uppdrag relaterar till andra aktörer.

Det kan alltså konstateras att en styrka med denna process är att det redan finns stödjande dokument för hur den är tänkt att fungera. Detta kan vara en god utgångspunkt som gör det möjligt att skapa en etablerad och

sammanhållen process om så är önskvärt. Den huvudsakliga utmaningen är att det av såväl habiliteringspersonal som andra vårdaktörer kan upplevas svårt att tolka gränssnittsbeskrivningar och att kunskap om uppdrag och gränssnitt tenderar att bli personbunden och därmed riskerar att försvinna vid personförändringar.

4.2 Säkerställa att patienten har kommit rätt – huvudprocess 2

Huvudprocess 2 består av delprocessen *bedöma och hantera* vårdbegäran. I kartan visualiseras även en delprocess som ligger utanför vuxenhabiliteringens ansvarsområde, att *skicka vårdbegäran*.

Tätt kopplat till denna huvudprocess finns även huvudprocess 1 (se avsnitt 4.1 ovan). En hänvisning till denna process görs i huvudprocesskartan.

Processens syfte

Processen syftar till att säkerställa att patienter som inkommit med egen vårdbegäran eller blivit remitterade till vuxenhabiliteringen har hamnat hos rätt vård- eller samhällsaktör. Processen kan betraktas som avslutad antingen när patienten har blivit kallad till besök eller när remittent eller patient har fått information om att vårdbegäran inte är godkänd.

Ovanstående knyter an till flera av kvalitetsområdena för God vård. Genom att säkerställa att patienten är på rätt vårdnivå relaterar processen till att skapa en *säker vård*. Genom att säkerställa att fastställda ledtider hålls relaterar den till att skapa en *tillgänglig vård, effektiv vård och jämlik vård*.

Beskrivning av processen

Denna process startas med att en vårdbegäran inkommer till vuxenhabiliteringen. Vårdbegäran kan inkomma genom att en vårdaktör har skrivit en remiss, genom att en patient har skrivit en egen vårdbegäran eller genom att en tidigare patient kontaktar vuxenhabiliteringen för att hen önskar återaktualisera sig.

Granskningen av vårdbegäran sker utifrån remisskriterier (målgrupps-tillhörighet samt behov och önskemål av habilitering). Beslut tas om huruvida remissen accepteras eller ej. Om remissen accepteras innebär detta att verksamheten kallar patienten till ett nybesök. Då påbörjas huvudprocess 3.

Etablering och förbättringspotential

Denna process karakteriseras av en hög grad av förutsägbarhet. Det finns en tydlig början och slut på processen och de aktiviteter som processen omfattar är till stor del reglerade i form av krav på ledtider, Patientlagen (SFS 2014:821) samt *Praxis för remisshantering i Region Skåne*. Verksamheten har under flera år följts upp kring ledtiderna och det har visat sig finnas en mycket god följsamhet till dessa.

Det framgår av intervjuerna att den beskrivna processen fungerar i och med att den är tillgänglig, känd, accepterad och förstådd inom verksamheten. Processen används dagligen av involverade aktörer. Trots att denna process betraktas som etablerad inom verksamheten finns det utmaningar kopplade till denna.

I intervjuerna nämns bland annat att remittentens möjlighet att beskriva patientens behov av habilitering kan vara begränsad. Detta kan ofta härledas till att remittenter inte har kännedom om habiliteringens uppdrag och remisskriterier (se aktiviteterna för huvudprocess 1). I vissa fall beskrivs inte habiliteringsbehov över huvud taget i remissen trots att det är ett krav att det ska finnas ett aktuellt habiliteringsbehov.

Ingen kedja är starkare än den svagaste länken. Det räcker med att en person inte vet vem som gör vad och sen får vi ändå remissen hit.
(Teamet)

Det uttrycks även att habiliteringspersonalen generellt sett ställer högre krav på en remittent än på en patient när det handlar om att beskriva aktuellt habiliteringsbehov.

Vi tänker ofta snällare i egenremisser när man skriver "jag mår dåligt" eller "jag behöver någon att prata med", men jag håller med om att när de har mött någon annan professionell, om man får en "övertagning", då tycker jag att man ska kräva mer gällande bedömningen och underlag." (Utvecklingsrådet)

I vissa fall beskrivs att vuxenhabiliteringen kan ge insatser som egentligen borde bedrivas av annan vårdaktör.

Vi ger ibland insatser för att kompensera för att de inte får insatser någon annanstans. Då gör vi faktiskt patienten en björntjänst.
(Utvecklingsrådet)

I andra fall beskrivs ansvarsfördelningen i gränssnittet som begränsande för att kunna ge insatser till patienten utifrån hans förutsättningar och behov. Exempel som ges vid intervjuerna är att gränsdragningen kan

upplevas oklar för patienter med behov som inte tillhör vuxenhabiliteringens primära ansvarsområde, exempelvis psykisk ohälsa.

Vidare lyfts det fram ett dilemma som kan inträffa om patienten själv inte har önskemål om habilitering. Det kan till exempel handla om att anhöriga ser att patienten har ett behov.

Ibland är de lite övertalade av sina anhöriga att de ska, att anhöriga känner en frustration. När man kommer så är man inte motiverad själv. Det blir svårt för oss att gräva ut vad det är. (Ledningsgruppen)

I intervjuerna nämns att det i samband med nybesöket därför är viktigt att ge patienten möjlighet att uttrycka sina behov av habilitering.

Några av deltagarna uttrycker ett behov av utvecklat stöd såsom en diagnoskodlista för remissgranskarna att använda vid osäkerhet kring målgruppstillhörighet. Det uttrycks även att det finns ett behov av att i remisskriterierna ytterligare tydliggöra att remisser som skickas ska vara väl förankrade hos patienten. Slutligen uttrycks önskemål av ett "Frågor- och svar-dokument" för remittenter i syfte att säkerställa aktuellt habiliteringsbehov. Detta förbättringsförslag knyter an till huvudprocess 1.

Sammanfattningsvis pekar intervjuerna på att det finns behov av ytterligare stöd och tydlighet för att denna huvudprocess ska fungera optimalt. Åtgärder kopplat till detta kan till viss del förebyggas redan i huvudprocess 1. Utmaningar kopplat till remittenter handlar främst om vuxenhabiliteringens uppdrag och remisskriterier. Utmaningar kopplat till patienter handlar exempelvis om det egna önskemålet om habilitering.

4.3 Ge habiliterande insatser för att stödja patienten att fungera bättre i vardagen – huvudprocess 3

Huvudprocess 3 består av de fyra delprocesserna *ta emot patient och fastställ habiliteringsbehov, kartlägga behov och formulera mål, genomföra insatser samt följa upp effekt av insatser och avsluta mål.*

Processens syfte

Processen syftar till att ge patienten förutsättningar att utveckla och/eller bibehålla förmågor genom habiliterande insatser i enlighet med patientens beskrivna habiliteringsbehov.

Förutsättningar för att syftet ska uppnås är att insatserna målstyrs utifrån individens behov, att samarbete sker med människorna runt individen (nätverket), att arbetet genomförs tillsammans med berörda vård- och samhällsaktörer samt att alla har ett gemensamt ansvar för att målen uppfylls (se *Riktlinjer för habiliterings-/rehabiliteringsplanering*). Det är också viktigt att patienten har en god bild av vad verksamheten kan erbjuda, något som till viss del även ska säkras redan i huvudprocess 1.

För att koppla an till Region Skånes kvalitetsområden för God vård ska den fördjupade kartläggningen bidra till att säkerställa en *personcentrerad vård*. Vidare ska de insatser som genomförs ska vara *kunskapsbaserade* (se även huvudprocess 5), *säkra* och *hälsoinriktade*.

Beskrivning av processen

Denna process innehåller fyra delprocesser. Den första delprocessen handlar om att ta emot patienten för nybesök. Det finns tydliga tidsangivelser för *när* nybesöket ska genomföras. Vid nybesöket gör habiliteringspersonal tillsammans med patient en *förstaplanering*⁵ utifrån habiliteringsbehovet. Den andra delprocessen handlar om att *kartlägga behov och formulera mål*. Denna delprocess kan, men måste inte, ingå vid nybesöket. Den tredje delprocessen innebär att *genomföra insatser*. Insatserna kan vara av grundläggande karaktär utifrån funktionsnedsättning (såsom exempelvis information om samhällets stöd, stöd i att leva med en funktionsnedsättning och/eller kunskap om den egna diagnosen) och/eller av riktad karaktär utifrån personens specifika behov (såsom exempelvis kognitivt stöd, stödsamtal och handledning). Den fjärde delprocessen handlar om att *följa upp effekt av insatser och avsluta*

⁵ En *förstaplanering* görs i samband med det första mottagandet för att komma överens om och planera för vilka första insatser som man tillsammans med patienten och nätverket har beslutat om och planerat för, t ex bedömning, kartläggning, vem som gör vad.

mål. Vid uppföljningen undersöks om målet är uppnått och hur det prioriterade området fungerar. Det beslutas om det fortsatta arbetet, till exempel fortsatt arbete med målen, nya mål utifrån samma eller annan prioriterad situation, ny kartläggning, avslut eller uppehåll av insatser som ska leda till förändring.

Processen involverar främst habiliteringspersonal och patient. Den involverar även ofta samverkan med externa aktörer. Det finns alltid en fast vårdkontakt, det vill säga en medarbetare som har ett helhetsansvar för patientens habiliteringsplanering. Som stödjande dokument finns vuxenhabiliteringens *Koncept för mottagande*, *Verksamhetens manual för kartläggning enligt ICF* (inklusive det visuella stödet *ViSMo*), habiliteringens kunskapsstöd⁶, verksamhetens beskrivning av *Koncept för insatser i grupp*, *Riktlinjer för re/habiliteringsplanering* samt *självskattnings- och utvärderingsformulär* och *Rutin nytt behov av insatser avseende tidigare avslutad patient*.

Etablering och förbättringspotential

Denna skisserade processen utgör grunden i vuxenhabiliteringens arbete och har använts sedan flera år tillbaka. Den del som berör mottagandet finns beskrivet i detalj i dokumentet *Koncept för mottagande*. Detta koncept används på samtliga enheter. Utöver detta innefattar processen till stor del det arbetssätt som idag går under namnet *habiliteringsplanering*. Det framgår av intervjuerna att den beskrivna processen fungerar i och med att den är tillgänglig, känd, accepterad och förstådd. Processen används dagligen av all habiliteringspersonal och har en tydlig koppling till verksamhetens journalsystem. I samtliga intervjuer lyfts denna process fram som självklar inom verksamheten. Ur ett processbaserat verksamhetsutvecklingsperspektiv är detta en viktig styrka för att en process ska vara framgångsrik. Trots denna grundläggande styrka framkommer ett antal utmaningar i intervjuerna.

En utmaning som lyfts fram är frågan hur omfattande och tidskrävande en kartläggning bör vara. I intervjuerna tas olika aspekter av detta ämne upp. Dels kan en kartläggning dra ut på tiden i onödan och vara för omfattande, dels kan den vara för yttlig och kort. Det beskrivs även som en utmaning att komma igång med insatser så snart som möjligt samtidigt som man vill kartlägga behov djupgående så att valet av insats landar rätt.

⁶ I habiliteringens kunskapsstöd redovisas insatser utifrån olika hälsotillstånd och vilken grad av effekt de har.

De med neuromuskulära sjukdomar, då kan vi ju inte hålla på och utreda – de blir ju sämre. (Utvecklingsrådet)

Utöver detta beskrivs att det kan bli en utmaning för habiliteringspersonalen att beskriva varför vissa insatser/metoder används medan andra inte rekommenderas. I intervjuerna framkommer att patienterna ibland har en bestämd uppfattning om vilken insats som behövs. Habiliteringspersonalen ska utgå från det som framkommer i kartläggningen och erbjuda likvärdiga insatser som är baserade på bästa möjliga kunskap (*jämlik* och *kunskapsbaserad* vård). Samtidigt ska vården vara *personcentrerad* och utgå från individens behov och förutsättningar.

Det är viktigt att vi inte går igång på att folk beställer saker, för det gör man ju emellanåt [...]. Vi har ett ansvar att vägleda [...]. Då behöver vi göra det med en tydlighet så att det känns tryggt och att de förstår att de kommer att [få behovet tillgodosett] även om de inte fick de [insatser] de hade tänkt. (Ledningsgruppen)

I detta avseende beskrivs att det finns behov av att arbeta mer aktivt med verksamhetens kunskapsstöd för att kunna vara säkra på att de insatser vuxenhabiliteringen erbjuder har god evidens (se huvudprocess 5). I intervjuerna uttrycks en önskan om att kunskapsstödet kompletteras med samtliga patientmålgrupper, vilket är ett pågående utvecklingsarbete inom verksamheten.

I det intervjuade teamet uttrycks behov av stödmaterial där patient och habiliteringspersonal tydligt kan se var patienten befinner sig i habiliteringsprocessen. Det uttrycks även ett behov av tydliggörande kring vissa vanligt förekommande frågor såsom intygsskrivning. Det lyfts även en del frågor kring vanliga utmaningar kopplat till samverkan och olika aktörers ömsesidiga förståelse för varandras uppdrag. Dessa utmaningar beskrivs huvudsakligen i avsnitt 4.1.

I intervjuerna lyfts även själva avslutandet fram som en avgörande del av processen. Det framhålls att habiliteringen ska ge patienten verktyg att kunna utveckla och bibehålla sina förmågor även efter att insatserna är avslutade. Vidare lyfts det fram att det är viktigt att tillse att ingen patient "faller mellan stolarna" samt att skapa en känsla hos patienten att hen är välkommen tillbaka när det finns behov av insatser igen.

Processen är beskriven på ett övergripande plan. Verksamheten har även arbetat med att tydliggöra hur denna process huvudsakligen bör se ut, kopplat till patienter med nydiagnostiserad autism samt till patienter med utmanande beteende, i form av "Standardiserade vårdprocesser". Det framkommer i intervjuerna att det ses som ett behov att göra detta även

utifrån andra grupper. Sammanfattningsvis har denna huvudprocess alla förutsättningar att vara framgångsrik, i meningen att syftet uppnås. Medarbetarna ställs ibland inför dilemman i vardagen. För att förbättra verksamheten kan det finnas anledning att förtydliga kartläggningsarbetet i förhållande till olika grupper inom målgruppen samt att ytterligare stödja medarbetarna i att balansera mellan patientens önskemål och den professionella bedömningen, bland annat genom att arbeta aktivt med kunskapsstödet.

4.4 Ge råd och stöd enligt LSS-beslut – huvudprocess 4

Huvudprocess 4 består av delprocesserna *upprätta genomförandeplan och påbörja insats* samt *följa upp effekt av insats*. I kartan visualiseras även två aktiviteter som ligger utanför vuxenhabiliteringens ansvarsområde, att *ansöka om råd och stöd enligt LSS* samt att *utreda och bedöma rätten till råd och stöd enligt LSS*.

Processens syfte

Denna process syftar till att genom *Råd och stöd* möjliggöra att patienten⁷ ska kunna leva ett så gott och självständigt liv som möjligt. Processen utgör ett komplement till stöd enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL). *Råd och stöd* kan exempelvis vara vägledning för att bättre förstå sin funktionsnedsättning, att förstå och beskriva sina behov samt rådgivning och information om vart man vänder sig för att få rätt stöd och hjälp. Råd- och stödinsatser är oftast begränsade i tid.

I lagtexten beskrivs att *insatser enligt LSS ska anpassas till mottagarens individuella behov och utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv*. Med andra ord ska processen bidra till att säkra en *personcentrerad vård*. De insatser som genomförs ska, precis som när det gäller huvudprocess 3, vara *kunskapsbaserade* (se även process 5), *säkra* och *hälsoinriktade*.⁸

⁷ Inom ramen för LSS kallas den som efterfrågar insatserna för *den enskilde*. I rapporten används dock begreppet patient genomgående.

⁸ I strikt mening ingår inte vård i LSS. Med den utgångspunkten blir God vård begreppet missvisande. Syftet med processen bygger dock på samma värden – tillgänglighet, personcentrering, hälsoinriktning, jämlikhet, säkerhet, kunskapsbaserad och effektivitet. Analysen följer därför samma upplägg som övriga processer.

Beskrivning av processen

I denna process ingår att habiliteringspersonal, utifrån mottaget uppdrag från LSS-handläggare, tar emot patienten, upprättar en genomförandeplan, utför aktuella insatser och kontinuerligt följer upp effekten av insatserna. Det finns klara tidsgränser för när de olika aktiviteterna ska genomföras. Påbörjandet av insatserna ska ske inom en månad. Insatserna påbörjas parallellt med att genomförandeplanen färdigställs. Genomförandeplanen ska vara slutförd inom tre månader. Efter att insatserna är genomförda följs de upp tillsammans med habiliteringspersonal. Parallellt med att insatsen utförs genomförs även en regelmässig uppföljning med två till tre års intervall av LSS-handläggaren. Utifrån denna uppföljning kan LSS-handläggaren besluta om upphörande eller förlängning av insats. Förlängning av uppdrag till följd av uppföljning skickas på samma sätt som nytt uppdrag.

Denna process innehåller inte konkreta vårdinsatser utan endast *Råd och stöd*, vilket gör att den upplevs som mer begränsad än huvudprocess 3.

Som stödande dokument till denna process finns *Instruktion LSS RoS*, *Rutin för utförande RoS LSS* och *Rutin för överlämnande av RoS*. Involverade aktörer är LSS-handläggare (som inte tillhör vuxenhabiliteringen), habiliteringspersonal och den enskilde som insatsen berör.

Etablering och förbättringspotential

Processen är tydligt beskriven och avgränsad. Den är känd, förstådd och använd inom verksamheten. Användningen av processen är dock förhållandevis liten. Det handlar om ett fåtal ärenden per enhet.

En styrka med processen som beskrivs i intervjuerna är att uppdragen över tid har blivit tydligare samt att det ses som en positiv utveckling att uppdragen ofta är tidsbegränsade.

Numera är LSS-uppdragen väldigt tydligt beskrivet och avgränsat. Själva processen är mer tydligt beskriven. (Ledningsgruppen)

Det som är bra och som har kommit med Råd och stöd är att de är tidsbegränsade. (Teamet)

Det beskrivs däremot som en utmaning att de beslut som ligger till grund för de insatser som ges inte fattas av habiliteringspersonal. I intervjuerna beskrivs uppdragen som "beställningsuppdrag" och därmed blir utformningen av insatserna mer begränsade än de insatser som ges enligt HSL.

En utmaning för habiliteringspersonalen är att *Råd och stöd* insatser i sig ses som begränsade eftersom det kan bli svårt att formulera mål utifrån dem och att det därför inte är möjligt att veta om man har uppnått dessa.

Detta är däremot beställningar. Det kan vi inte göra så mycket åt, det är en lagstiftning som ser ut så. Där får vi ibland beställning där det kan bli svårt att formulera ett mål och då kan vi inte veta om vi har lyckats. (Ledningsgruppen)

Det finns helt andra förväntningar på insatsen av vad vi kan ge eller vad Råd och stöd kan innebära. Så det finns en enorm otydlighet både hos patienten och personalen. (Teamet)

Sammanfattningsvis upplevs denna process som tydligt beskriven och avgränsad. Den används marginellt inom verksamheten eftersom antalet uppdrag är förhållandevis få. Processens tillgänglighet och tydlighet upplevs ha utvecklats i positiv riktning i bemärkelsen att de uppdrag som kommer till vuxenhabiliteringen har blivit tydligare. De utmaningar som återstår är främst att de insatser som är möjliga att genomföra inom ramen för *Råd och stöd* enligt LSS fortfarande ses som begränsade och att det därmed kan vara svårt att skapa rätt förväntningar hos patienten.

4.5 Utveckla verksamheten för att bättre tillgodose patienters behov i framtiden – huvudprocess 5

Huvudprocess 5 består av de tre delprocesserna *beskriva och koordinera idé eller avvikelse, utreda, ge åtgärdsförslag, besluta och planera för att genomföra åtgärder samt implementera, förvalta och följa upp åtgärder*.

Processens syfte

Denna huvudprocess skiljer sig från de övriga eftersom den i huvudsak syftar till att tillgodose patientbehov *i framtiden*, till skillnad från patientbehov *idag*. Det betyder att processen handlar om hur verksamheten kan förbättras för att möta detta behov.⁹

⁹ Vid presentationen för fokusgrupperna hade denna process delats upp i två separata processer *Utveckla och säkra användning av evidensbaserade insatser* respektive *Skapa och tillvarata innovationer*. Den senare hade satts inom parantes för att betona osäkerheten kring om detta verkligen var en process att lyfta fram i huvudprocesskartan. Samtliga fokusgrupper underströk behovet av att ta med denna som huvudprocess eftersom den har stor betydelse för patientens möjlighet att tillgodogöra sig vuxenhabiliteringens insatser. I analysarbetet slogs de två processerna ihop till huvudprocess 5.

Förbättringsmöjligheter kan främst identifieras utifrån:

- Klagomål samt känd vårdskada/risk för vårdskada i syfte att skapa *säker vård*.
- Idé om innovation eller förbättring (kopplat till patientarbete). Beroende på innehållet i den idé som framförs kan detta ha olika syften inom ramen för Region Skånes kvalitetsområden för God vård.
- Ny kunskap – antingen via intern studie utifrån idé om ny/förbättrad metod/insats eller genom kännedom om nya externa forskningsrekommendationer i syfte att skapa *kunskapsbaserad vård*.

Beskrivning av processen

Oavsett vad förbättringsmöjligheten baseras på består denna process av aktiviteter i tre delprocesser enligt nedan.

Den första delprocessen innebär att *beskriva och koordinera en idé eller avvikelse*. När det gäller klagomål och känd vårdskada/risk för vårdskada är AvIC det primära systemet för att hantera detta. Händelser som inträffar rapporteras i AvIC och genomgår en första bedömning. Även för att beskriva ett allmänt förbättringsförslag finns det möjlighet att göra detta i systemet AvIC via ärendetypen förbättringsförslag. Det går också att lyfta det i dialog med exempelvis verksamhetsutvecklare, yrkesutvecklare eller enhetschef. Även om verksamheten i huvudsak uppmuntrar medarbetare att lämna in förbättringsförslag via AvIC är det inte alltid att de lyfts den vägen. När det gäller förslag till FoU-arbete lyfts detta i dialog med chefen och det avgörs utifrån dialogen om medarbetaren ska skriva och lämna in en FoU-ansökan. FoUU-enheten tar sedan beslut en gång per år om FoU-medel beviljas.

Den andra delprocessen består av att *utreda, ge åtgärdsförslag, besluta och planera för att genomföra åtgärder*. I samband med att klagomål/vårdskada/risk för vårdskada hanteras i systemet AvIC kommer en ansvarig orsaksutredare att utses. Orsaksutredaren har som ansvar att

När det gäller förbättringsarbete utifrån känd vårdskada/risk för vårdskada behandlades denna del inte i fokusgrupperna. Den tillkom under analysarbetet.

analysera orsaker och föreslå åtgärder. Åtgärderna behöver planeras och ansvarig person för själva genomförandet av åtgärden behöver utses.

Om FoU-medel har beviljats innebär det i denna del av processen att FoU-arbetet genomförs. Inom ramen för själva rapporten anges hur ledningen avser implementera studiens resultat. När rapporten är klar gör yrkesutvecklarna en bedömning av vilka av rekommendationerna som är direkt relevanta för den aktuella yrkesgruppen. Verksamhetens utvecklingsråd tittar även på hur rekommendationerna ska tillämpas i kunskapsstödet ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Ledningsgruppen tar därefter ställning till dessa bedömningar inför införandet i kunskapsstödet. Därefter bearbetas rekommendationer i priomodellen vilket leder till att verksamhetens kunskapsstöd fylls på. Detta görs av verksamhetens metodstödjare och utvecklingsledaren för priomodellen. Slutligen informerar enhetschefer och metodstödjare om uppdateringen av kunskapsstödet i teamen. Detta tillvägagångssätt gäller även för externa forskningsrapporter.

Delprocess tre innebär att *implementera, förvalta och följa upp åtgärder* utifrån den specifika implementeringsstrategi som beslutas i förhållande till varje förbättring/utveckling.

Etablering och förbättringspotential

Denna process omnämns ofta som flera helt separata delar, exempelvis "avvikelsehantering", "kunskapsstyrning", "nationella modellen för öppna prioriteringar" och "förbättringsförslag". Samtliga dessa delar används och är till viss del kända, accepterade, förstådda och tillgängliga. När det gäller utveckling av verksamheten utifrån ny kunskap kan det betonas att den är olika känd i de olika fokusgrupperna. Denna del är mer känd hos yrkesutvecklarna och ledningsgruppen än i teamet.

En generell styrka kring avvikelsehanteringen är att det upplevs enkelt och tydligt hur en avvikelse rapporteras. Utmaningar är att det däremot upplevs otydligt vilka typer av händelser som ska rapporteras. Det finns instruktioner kring detta men erfarenhet tyder på att dessa inte är kända. Likaså tyder erfarenhet på att administrationen i systemet till viss del upplevs som onödigt krånglig. Ledningen har även en ständig utmaning i att skapa en patientsäkerhetskultur som uppmanar till att upprätta avvikelser.

När det gäller den del som rör nya rekommendationer från FoU- och EBH-arbeten så har utvecklingsrådet under 2019 tillsammans med verksamhetens utvecklingsledare för den nationella modellen för öppna prioriteringar ("priomodellen") och verksamhetsutvecklare resonerat kring denna i detalj i syfte att säkerställa att vuxenhabiliteringen använder sig av bästa

tillgängliga kunskap vid val av insatser till patienten. Detta arbetssätt godkändes av ledningsgruppen i september 2019 och har således inte presenterats i denna form under särskilt lång tid. Däremot berör det delar av såväl den habiliteringsövergripande *Kunskapsstyrningsprocessen* (FoU 2012) som *Modellen för öppna prioriteringar*. Den är alltså till stor del känd, accepterad, förstådd och använd inom vuxenhabiliteringen. Det som tidigare uppfattats som ett "glapp" i arbetssättet är framförallt hur medarbetarna får kännedom om nya rekommendationer samt hur och när de nya rekommendationerna ska föras in i kunskapsstödet. Det nya arbetssättet förväntas kunna säkerställa detta genom att det finns tydliga rollbeskrivningar.

Sammanfattningsvis kan det ses som en styrka med denna process att det redan finns stödjande dokument för hur de olika delarna i processen är tänkta att fungera. Detta kan vara en god utgångspunkt som gör det möjligt att skapa en sammanhållen process. När det gäller avvikelshantering finns det utmaningar i att tydliggöra vilka typer av händelser som kan rapporteras, att administrationen i systemet till viss del anses krångligt samt att det är viktigt att uppmana till en god patientsäkerhetskultur.

5. Diskussion

5.1 Huvudprocesskartan som avspegling av verkligheten

Inom ramen för detta arbete har framförallt ett nuläge tydliggjorts. Befintliga huvudprocesser har definierats. Det har konstaterats att dessa på ett övergripande plan ligger i linje med de processer verksamheten borde ha för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Det har skapats en visuell helhetsbild av hur arbetet i processerna bedrivs. De huvudprocesser som har lyfts fram ses av fokusgrupperna som stabila och bärande för verksamheten. Under tiden detta FoU-arbete genomfördes har habiliteringen slagits samman med psykiatrin. Det finns dock inget som tyder på att de huvudprocesser som ingår i kartan skulle se annorlunda ut på grund av denna organisationsförändring.

En viktig fråga att ta ställning till är hur detaljerade kartorna över huvudprocesserna bör vara. Som nämndes i bakgrundsavsnittet är detta en avvägning mellan behovet av vägledning kontra behovet av flexibilitet och frihet. Då vuxenhabiliteringen karaktäriseras av hög grad av professionalitet krävs att kartan inte är allt för detaljerad och att den ger utrymme för professionella avvägningar i relation till patientens behov. Samtidigt finns det ett behov av vägledning av aktuella vetenskapliga rekommendationer kring insatser.

Samtliga fokusgrupper bekräftade att de föreslagna processerna på ett heltäckande sätt beskriver vad verksamheten gör i förhållande till patienterna. Även om fokusgrupperna, utifrån sina olika roller, beskrev innehållet och utmaningarna för processerna utifrån sina olika perspektiv fanns det ofta en samsyn kring såväl hur etablerade processerna betraktas vara, som kring vilka förbättringsmöjligheter som finns kopplade till dessa.

5.2 Värdeerbjudande, grad av etablering och förbättringsmöjligheter

Resultatet visar att de fem huvudprocesserna svarar mot samtliga av Region Skånes kvalitetsområden för God vård. För att patienten ska få tillgång till God vård i praktiken krävs det även att processerna är etablerade i vardagen. Resultatet visar att huvudprocesserna har nått olika långt i sin etablering.

Huvudprocesserna som handlar om att säkerställa att patienten hamnat rätt, ta emot patienten och ge insatser enligt HSL respektive LSS (huvudprocess 2, 3 och 4) är kända, accepterade och förstådda i verksamheten och används i huvudsak såsom de är tänkta att användas. De är med andra ord etablerade i den vardagliga verksamheten. Det finns emellertid potential att ytterligare förbättra dessa processer. Arbetet med processbaserad verksamhetsutveckling rymmer möjligheter att utveckla dem till att fungera bättre utifrån verksamhetens uppdrag och patienternas behov. Förbättringsmöjligheterna handlar framförallt om att tydliggöra gränssnitt gentemot andra aktörer, tydliggöra remisskriterier samt vid behov förtydliga hur processerna tillämpas för att tillgodose olika grundbehov hos vuxenhabiliteringens målgrupper.

Huvudprocesserna som gäller information och förbättring (huvudprocess 4 och 5) är kända hos medarbetarna i de delar som är av relevans för respektive användare. Det finns även en tydlig ansvarsfördelning och stödjande dokument kopplat till de olika delarna. Däremot är de inte kända i sin helhet. Förbättringsmöjligheterna handlar därför framförallt om att tydliggöra systemet av aktiviteter för att på se sätt skapa en ökad begriplighet och meningsfullhet kring att ge information om och förbättra verksamheten.

När det gäller den del av förbättringsarbetet som rör nya rekommendationer från FoU- och EBH-arbeten har det uppfattats som ett "glapp" i arbetssättet kring hur medarbetarna får kännedom om nya rekommendationer samt hur och när de nya rekommendationerna ska föras in i

kunskapsstödet. Det har parallellt med detta FoU-arbete upprättats en tydlig rutin för detta. Denna rutin utvärderas under hösten 2020.

Det kan konstateras att de processer som är närmast knutna till patientarbetet är de som är mest etablerade, medan de processer som ligger längre ifrån det direkta mötet med patienten är mindre etablerade. I detta avseende finns viss variation mellan de olika fokusgrupperna. Detta härrör till stor del från hur aktiv man är i den aktuella processen. Exempelvis är processen kring utveckling mer känd hos yrkesutvecklarna än i teamet. Likaså är processen kring information mer känd hos ledningsgruppen än i de andra fokusgrupperna.

5.3 Fortsatt arbete med verksamhetsutveckling

Tanken med huvudprocesskartan är att denna ska kunna användas i verksamhetens fortsatta utvecklingsarbete.

När det gäller det fortsatta arbetet med huvudprocesserna kan det nuläge som har beskrivits utgöra grund för vidare diskussioner och verksamhetsutveckling utifrån långsiktiga värden såsom kvalitetsområdena för God vård. Förslagsvis görs ytterligare analyser av hur processerna skulle kunna förfinas. Vidare kan kartorna användas i olika former av analyser för att hitta ytterligare förbättringspotential. Det kan handla om analyser kopplat till tid, antal involverade aktörer samt analyser av olika patientgruppers upplevda eller fiktiva resor genom processerna. Utifrån sådana analysmetoder förväntas processerna till viss del ritas om och kommer då att behöva etableras på nytt. Det arbete som har genomförts i denna rapport rustar på så sätt verksamheten för att arbeta vidare med processbaserad verksamhetsutveckling.

Tidigare nämndes att medarbetare, trots omfattande dokumentation, kan uppleva att det är svårt att skapa sig en helhetsbild av rutiner och anvisningar. Huvudprocesskartan syftar till att underlätta överblicken och motverka överproduktionen av sådana dokument. Därför är det synnerligen viktigt att en huvudprocesskarta inte blir en "pappersprodukt" utan tillämpning i praktiken. För att huvudprocesskartan verkligen ska fylla en funktion krävs att den uppdateras och används så att den upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull. Detta kräver i sin tur att det finns kompetens kring processbaserad verksamhetsutveckling och en tydlig riktning från ledningen.

Denna rapport har fokuserat på de huvudprocesser som finns inom vuxenhabiliteringen och kring några stödjande aktiviteter kring dessa. För att huvudprocesser ska fungera väl krävs även goda stöd- och ledningsprocesser. Ett förslag på fortsatt arbete är därför att även beskriva dessa.

6. Slutsatser

Syftet är att definiera vuxenhabiliteringens huvudprocesser, beskriva deras innehåll, vad de syftar till och hur de relaterar till varandra samt bedöma hur etablerade de är och vilken förbättringspotential som finns. Den verksamhet som bedrivs av vuxenhabiliteringen för att tillgodose patienters behov idag och i framtiden kan låta sig beskrivas med hjälp av fem huvudprocesser. Dessa huvudprocesser svarar i sin helhet mot Region Skånes kvalitetsområden för God vård.

Huvudprocesserna som handlar om att säkerställa att patienten hamnat rätt, ta emot patienten och ge insatser enligt HSL respektive LSS (huvudprocess 2, 3, och 4) är i huvudsak etablerade inom verksamheten. Det finns emellertid potential att ytterligare förbättra dessa processer genom att exempelvis tydliggöra gränssnitt gentemot andra aktörer, tydliggöra remisskriterier samt förtydliga hur processerna tillämpas för att tillgodose olika grundbehov hos vuxenhabiliteringens målgrupper.

Huvudprocesserna som handlar om information (huvudprocess 1) och förbättring (huvudprocess 5) är till viss del etablerade, men ses inte som sammanhållna processer eller kluster. Det finns därför förbättringsmöjligheter i att tydliggöra hur olika aktiviteter hänger samman för att på så sätt skapa en ökad begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet i verksamheten.

Den huvudprocesskarta som har tagits fram utgör en nulägesbeskrivning av de huvudprocesser som finns idag. Den synliggör hur vuxenhabiliteringens system av processer, aktiviteter, dokument och aktörer hänger ihop och kan utgöra grund för fortsatt verksamhetsutveckling. Arbetet med processbaserad verksamhetsutveckling rymmer möjligheter för att kontinuerligt utveckla huvudprocesserna till att fungera bättre utifrån verksamhetens uppdrag och patienternas behov.

7. Implementering

Huvudprocesskartan och huvudprocesserna kommer att användas i vuxenhabiliteringens fortsatta verksamhetsutveckling, framför allt i framtagandet av årliga aktivitetsplaner. Eftersom huvudprocesskartan ska vara ett levande dokument kommer den att uppdateras kontinuerligt efterhand som verksamheten utvecklas och förändras.

Referenser

Ljungberg, A. & Larsson, E. (2012). *Processbaserad verksamhetsutveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Ljungberg, A. & Larsson, E. (2019). *Våga vinn*. Lund: Studentlitteratur

Region Skåne (2019). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2020*. <https://vardgivare.skane.se>

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2009-11-5.pdf>

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide verksamhetschef samt planerings- och utvecklingsstrateg

Inför samtalet fick deltagarna ta del av bakgrundsinformation kring processbaserad verksamhetsutveckling.

1. Kund och kundbehov

Vem/vilka är våra kunder?

Vilken nytta erbjuder vi våra kunder?

Vilka behov ska vuxenhabiliteringen tillgodose?

Tillfredsställt behov: Vad ska var uppnått när behovet är tillfredsställt?

2. Huvudprocesser

Huvudprocesser är de processer som är knutna till verksamhetens kärna. Dessa svarar mot syftet med verksamheten. För varje verksamhetsidé behövs en viss kombination av processer. En verksamhet har vanligtvis 4-10 huvudprocesser. De vanligaste huvudprocesserna är följande:

- Process för att berätta att verksamheten finns och vad vi erbjuder
- Process för att träffa överenskommelse med kunder
- Process för att tillfredsställa kunders behov idag
- Process för att tillfredsställa kunders imorgon
- Process för att stödja efter leverans

Vilka huvudprocesser kan vår verksamhet tänkas ha, d v s vilka processer är kritiska för att vi ska uppnå vår verksamhetsidé? Finns det någon av de typiska processerna ovan som vi har inom vår verksamhet.

3. Ledningsprocesser

Ledningsprocesser är de processer som behövs för att styra och samordna huvud- och stödprocesserna.

- Vilka är de viktigaste ledningsprocesser som vår verksamhet kan tänkas ha?

4. Stödprocesser

Stödprocesser är alla processer som behövs för att huvudprocesserna ska kunna fungera så bra som möjligt.

- Vilka är de viktigaste stödprocesser som vår verksamhet kan tänkas ha?

Bilaga 2: Intervjuguide fokusgruppsamtal – utvecklingsråd, ledningsgrupp och team

Inför samtalet fick deltagarna ta del av bakgrundsinformation kring processbaserad verksamhetsutveckling. Begrepp såsom kund, nytta, värde, huvud-, stöd- och ledningsprocesser samt huvudprocesskarta beskrevs för grupperna.

Huvudprocesser

Huvudprocesser är de processer som är knutna till verksamhetens kärna. Dessa svarar mot syftet med verksamheten. För varje verksamhetsidé behövs en viss kombination av processer.

Kort reflektion: Kommer du spontant på några huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen?

En verksamhet har vanligtvis 4-10 huvudprocesser. De vanligaste huvudprocesserna är följande:

- Process för att berätta att verksamheten finns och vad vi erbjuder
- Process för att träffa överenskommelse med kunder
- Process för att tillfredsställa kunders behov idag
- Process för att tillfredsställa kunders imorgon
- Process för att stödja efter leverans

Presentation av vårt utkast till huvudprocesser

1. Informera om att vi finns och vad vi erbjuder
2. Säkerställa målgruppsstillhörighet och aktuellt habiliteringsbehov
3. Ge habiliterande insatser för att stödja vuxna att fungera bättre i vardagen
4. Ge råd och stöd enligt LSS-beslut
5. Utveckla och säkra och säkra användning av evidensbaserade insatser
6. Skapa och tillvarata innovationer
7. Skapa förutsättningar för att patienten ska känna sig välkommen tillbaka

Frågor kring varje process:

Fritt samtal för varje huvudprocess. OBS! Alla frågor och processer hanterades inte av alla grupper.

- Vad gör vi i inom ramen för processen?
- Hur fungerar processen idag?
- Bör processen utvecklas?
- Någon process som hänger ihop med någon annan?

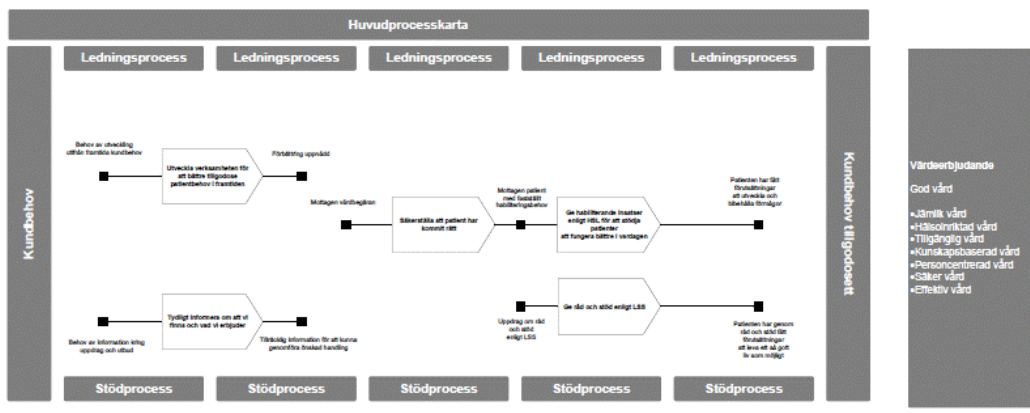
Frågor kring helheten:

- Hur väl stämmer de preliminära huvudprocesserna överens med er bild av vuxenhabiliteringen?
- Något som saknas?
- Något som är överflödigt eller felaktigt?
- Hur skulle denna karta kunna hjälpa er i ert arbete?
- Något som skulle kunna göras annorlunda för att det skulle kunna hjälpa bättre?

Bilaga 3: Huvudprocesskarta¹⁰



- Värdeerbjudande**
- God vård:
- Jämlik vård
 - Hälsoriktad vård
 - Tillgänglig vård
 - Kunskapsbaserad vård
 - Personcentrerad vård
 - Säker vård
 - Effektiv vård



- Värdeerbjudande**
- God vård
- Jämlik vård
 - Hälsoriktad vård
 - Tillgänglig vård
 - Kunskapsbaserad vård
 - Personcentrerad vård
 - Säker vård
 - Effektiv vård

¹⁰ Huvudprocesskartan är ett arbetsdokument med länkar till bland annat riktlinjer, checklistor och material som används inom verksamheten. Eftersom mycket av materialet är internt innehåller bilagan inga länkar.

Stödplan dokument

En öppen läroplan
 - Stödplanering
 - Stödplanering
 - Stödplanering
 - Stödplanering

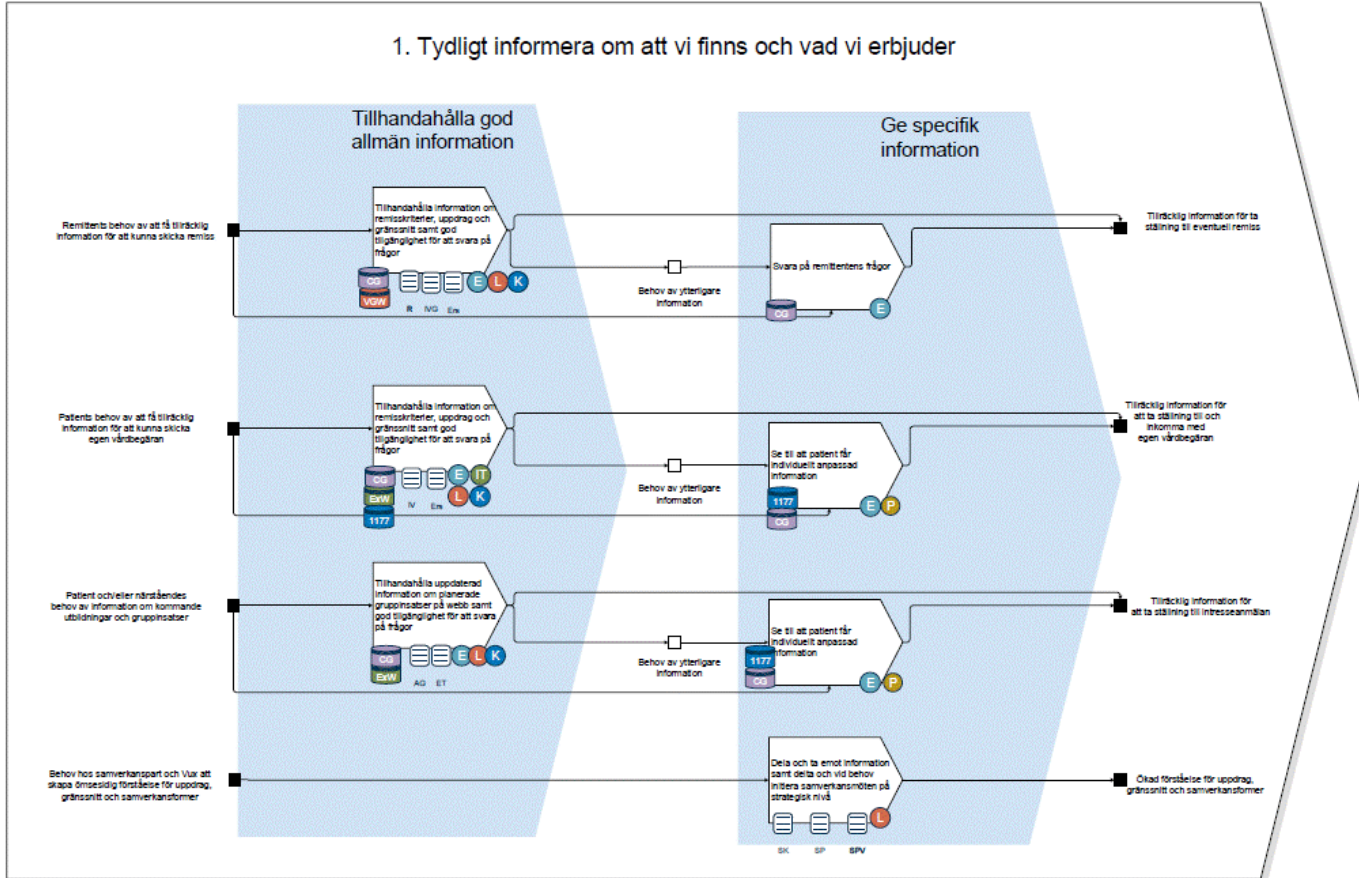
System

1177
 Elektronisk
 Elektronisk
 Elektronisk

Titlar och roller

E: Enkel
 IT: IT
 K: Kommunikation
 L: Ledning
 P: Patient

1. Tydligt informera om att vi finns och vad vi erbjuder



Stödande dokument

F = Fåb skansen
vårdbegäran för
habiliteringsbehandling

R = Remissbelegget
Känneteckning av avslag
på vårdbegäran enligt HSL
Vår - och

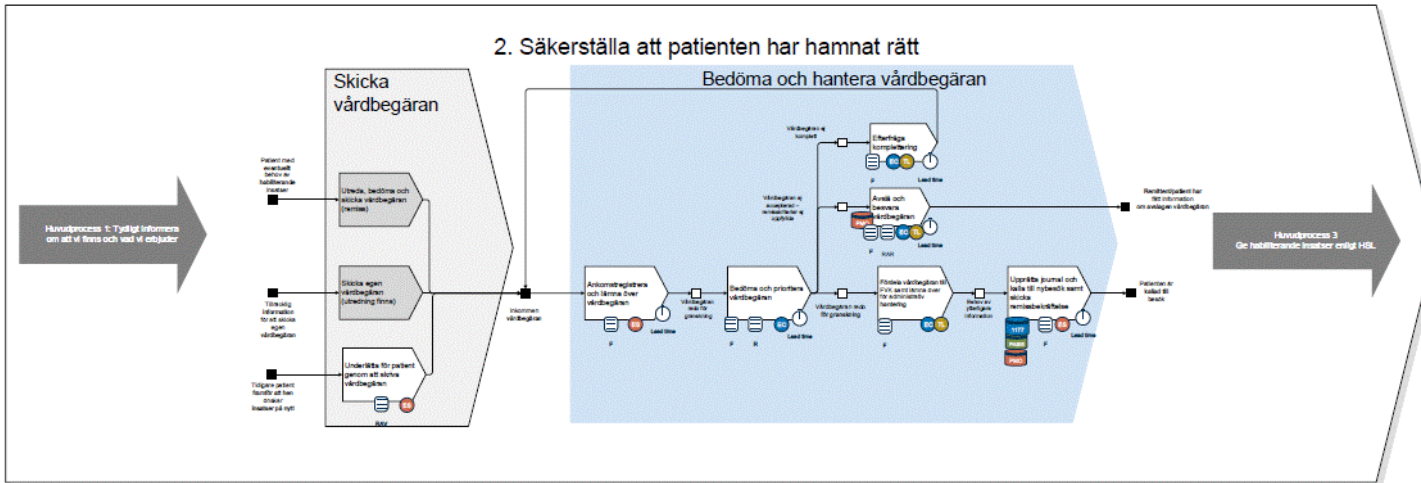
RUV = Rutin - nytt behov
av insatser för följande
patient med avstämning
vårdbegäran

System

ITST
Ett
Ett
Ett

Tjänst och roller

Skötselansvar
Ett
Ett
Ett



Stödande dokument

AG = Ansvarig för gruppsamarbetet

HP = Habiliteringsplan

IG = Koncept för insatser i gruppen

IM = Koncept för målbaserade insatser för kartläggning enligt ICF

RUV = Rutin - nytt behov av insatser för följande patient med avstämning vårdbegäran

Skicka inläggning för habiliteringsbehandling

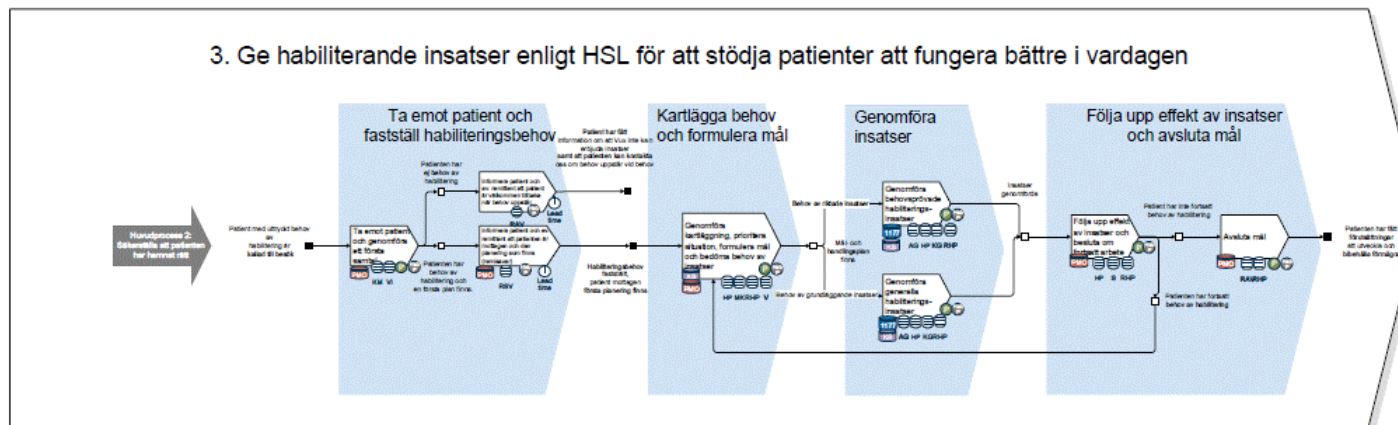
S = Skrivs ut och skickas till patienten

System

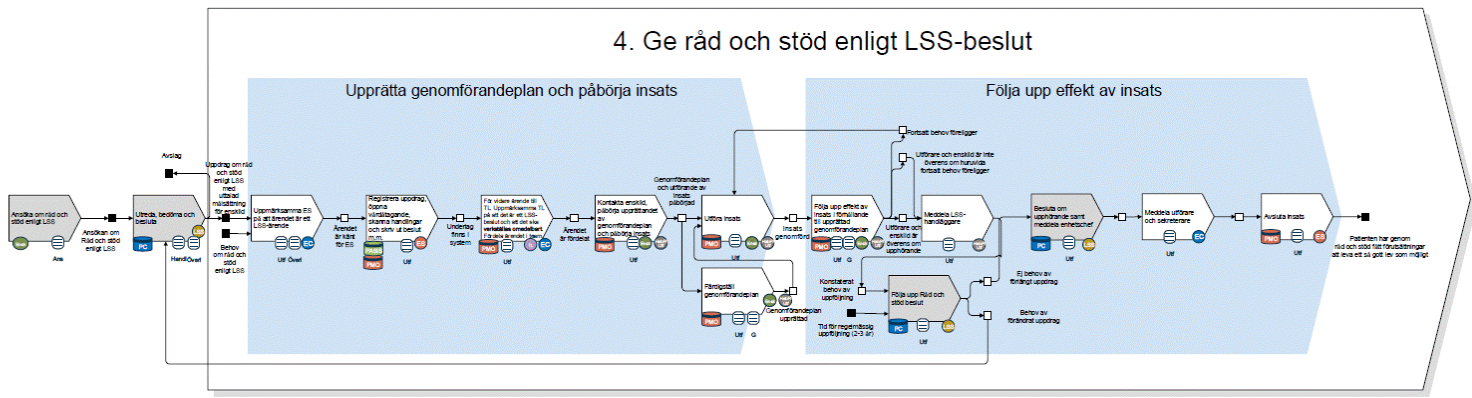
ITST
Ett
Ett
Ett

Tjänst och roller

Habiliteringspersonal
Ett
Ett



Stödjande dokument
Ans-Ansökan Ros LSS - Rätt
G- Genomförandeplan
Handl - Rätt för handläggning, utredning och beslut om Rådgivning och annan personlig stöd enligt 9 § i LSS
Ins- Instruktion LSS Ros
Lur - Rätt för utvärdering Ros LSS
Over- Överlämnande Ros LSS - rätt
Titlar och roller
Erteschef
Ertescheferare
Ertsist
LSS-handläggare
Handläggningssamarbetsare
Teamledare
System
ADIS
PMO
Proccaba



Stödjande dokument
Ans - Ansökan
Aut - Autentiserings
Region - Region
St - Stöd
System
ADIS
PMO
Proccaba
Titlar och roller
Erteschef
Ertescheferare
Ertsist
LSS-handläggare
Handläggningssamarbetsare
Teamledare

