



TILLIT OCH RELATIONER

Om kvalitet i hemtjänsten
– en kunskapsöversikt

Projektledare: Sven-Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2015:4 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Denna kunskapsöversikt är avsedd att belysa områden som påverkar kvaliteten i hemtjänsten, med fokus på de områden en kommun som beställare av hemtjänst tydligast kan påverka. Materialet har således ett beställar- snarare än ett utförarperspektiv. Det bygger på ett kunskapsunderlag som i maj 2015 överlämnats till Stockholms stad i dess arbete med att säkra en trygg och kompetent hemtjänst för äldre personer som har behov av hemtjänstens insatser.

Sammanställningen utgår från forskning och utredningar från stat och myndigheter, FoU-rapporter och intervjuer gjorda inom ramen för denna studie. En sammanställning av intervjuerna finns tillgänglig hos Äldrecentrum (ÄC).

Kunskapsöversiktens syfte är att belysa viktiga frågeställningar för kvaliteten i hemtjänsten, faktorer som är centrala för en väl fungerande hemtjänst, som hur de äldres självbestämmande kan förstärkas och hur detta kan påverkas av utformningen av biståndsbeslut, ersättningssystem och uppföljningssystem. Även formerna för upphandling berörs.

Rapporten har tagits fram av utredarna Karin Gens, Ingrid Hjalmarson, Bettina Meinow och Sven Erik Wånell (projektledare). Vetenskaplig handledare har varit Äldrecentrums forskningsledare docent Lennarth Johansson.

Stockholm 2015-10-05

Chatrin Engbo
Direktör

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SYFTE OCH METOD	1
SYFTE	1
METOD	1
RAPPORTENS DISPOSITION	1
DE SOM HAR HEMTJÄNST	2
SAMMANFATTNING	2
<i>Antal och andel med hemtjänst.....</i>	<i>2</i>
<i>Mindre andel äldre får offentlig omsorg</i>	<i>4</i>
FAKTORER SOM BIDRAR TILL OMSORGSBEHOV	6
<i>Funktionsnedsättningar.....</i>	<i>6</i>
<i>Hur funktionsnedsättningarna påverkar bedömd tid.....</i>	<i>6</i>
<i>Vanligt att ha både hemtjänst och hemsjukvård</i>	<i>7</i>
TJÄNSTEN HEMTJÄNST.....	8
SAMMANFATTNING	8
KVARBOENDEPRINCIPEN	8
ETT ALLT MER KVALIFICERAT UPPDRAG.....	10
INNEHÅLLET I HEMTJÄNSTEN.....	10
DE VIKTIGASTE KVALITETSAKTORERNA UR DEN ÄLDRES PERSPEKTIV	11
<i>New Public Management och omsorgsrationalitet</i>	<i>12</i>
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR GOD KVALITET	13
<i>Kontinuitet.....</i>	<i>13</i>
<i>Tid.....</i>	<i>14</i>
<i>Arbetsmetoder.....</i>	<i>14</i>
<i>Kompetent personal</i>	<i>15</i>
<i>Specialisering.....</i>	<i>16</i>
<i>Betydelsen av kompetent och tillgänglig arbetsledning.....</i>	<i>17</i>
<i>Arbetsmiljö</i>	<i>17</i>
<i>Samverkan med hemsjukvården.....</i>	<i>18</i>
EXEMPLET LIDKÖPING, TEAMBASERAT ARBETSSÄTT.....	19
BISTÅNDSBEDÖMNINGEN	22
SAMMANFATTNING	22
BISTÅNDSBEDÖMNINGEN	22
ATT BLI BISTÅNDSBEDÖMD	23
ÄLDRES BEHOV I CENTRUM (ÄBIC)	23
<i>KSI, klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter</i>	<i>25</i>
<i>Exempel från Stockholms stad.....</i>	<i>25</i>
GRINDVAKT ELLER SOCIALARBETARE	26
FLEXIBLARE BISTÅNDSHANDLÄGGNING	27
<i>Förenklad biståndshandläggning</i>	<i>28</i>
<i>Erfarenheter från Stockholm</i>	<i>29</i>
GENOMFÖRANDEPLANENS ROLL.....	30
EXEMPEL PÅ FÖRENKLAD BISTÅNDSHANDLÄGGNING	31
<i>Försök i två stadsdelar i Stockholm</i>	<i>31</i>
<i>Erfarenheter från Göteborg.....</i>	<i>31</i>

FÖRSÖK MED ATT INSATSER UTFORMAS AV UTFÖRARE OCH OMSORGSMTAGARE	33
<i>Försök i Vantör, Stockholm</i>	33
<i>Linköping, modell som prövar lagstiftningen</i>	34
<i>Uppsala har begränsat området för rambeslut</i>	36
<i>Helsingborg, rambeslut och förenklad biståndsutredning</i>	38
<i>Landskrona, beställning i nivåer</i>	39
TVÅ KOMMUNERS SÄTT ATT ORGANISERA HEMTJÄNSTEN MER FLEXIBELT	40
<i>Skönsmon i Sundsvalls kommun</i>	40
<i>Jönköping</i>	41
ATT VÄLJA HEMTJÄNST.....	42
SAMMANFATTNING.....	42
SOCIALTJÄNSTLAGENS VÄRDEGRUND OM ATT PÅVERKA INSATSERNA	42
<i>Att välja är att bevara kontrollen över sin vardag</i>	42
<i>Informella informationskanaler</i>	44
<i>Alla kan inte välja</i>	44
<i>Biståndshandläggaren som konsumentupplysare</i>	45
UPPHANDLINGSLAGSTIFTNINGEN.....	46
SAMMANFATTNING.....	46
LOU OCH LOV	46
<i>Från prisstyrd till kvalitetsstyrd upphandling</i>	46
<i>LOU</i>	46
<i>LOV</i>	47
<i>Skillnader mellan LOU och LOV</i>	49
KVALITETSKRAV	50
<i>Krav avseende arbetsvillkor</i>	50
<i>Specialisering</i>	51
<i>Förfrågningsunderlaget grunden för att kunna ställa kvalitetskrav</i>	51
<i>Möjligheten att begränsa antalet utförare</i>	53
KRAVEN REGLERAS I AVTAL	54
<i>Hävning av avtal</i>	54
ÄGARPRÖVNINGsutredningen	55
ANDRA FORMER FÖR ATT ÖKA VALFRIHETEN	55
<i>Befogenhetslagen</i>	55
<i>RUT</i>	56
ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	57
SAMMANFATTNING.....	57
OLIKA ERSÄTTNINGSMODELLER.....	57
<i>Begränsad kunskap om hur ersättningen kan premiera kvalitet</i>	57
<i>Ersättningsmodeller i kommuner som tillämpar LOV</i>	59
MÅLRELATERADE ERSÄTTNINGAR	60
<i>Kontinuitet</i>	60
<i>Andra strukturmått</i>	61
<i>Samverkan som grund för ersättningen</i>	61
<i>Resultat som grund för ersättningen</i>	62
ERSÄTTNINGENS STORLEK.....	63
<i>Kringtid</i>	64
<i>Beräkningen av ersättningen</i>	65

BERÄKNING AV TIDEN	66
<i>Beräkningen av tiden, erfarenheter från Stockholms stad</i>	66
UPPFÖLJNING	68
SAMMANFATTNING	68
KOMMUNERNAS ANSVAR	68
SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	69
<i>Svensk standard</i>	69
KAN KVALITET I HEMTJÄNSTEN MÄTAS?	70
<i>Struktur</i>	70
<i>Process</i>	71
<i>Resultat</i>	71
<i>Öppna jämförelser</i>	71
<i>Brukarundersökningar</i>	73
<i>För mycket fokus på uppföljning och kontroll?</i>	74
<i>Bred och nära uppföljning i verksamheterna</i>	75
SÅ SKULLE DET KUNNA VARA	78
<i>Några exempel på omsorgsmottagare</i>	78
REFERENSER	81

SYFTE OCH METOD

SYFTE

Syftet med denna rapport är att belysa viktiga aspekter för kvaliteten i hemtjänsten. Kunskapsöversikten redovisar faktorer som är centrala för en väl fungerande hemtjänst, som hur de äldres självbestämmande kan förstärkas och hur detta kan påverkas av utformningen av biståndsbeslut och ersättningssystem. Vidare berörs formerna för uppföljning och upphandling.

Metod

Studien har främst genomförts genom:

- Litteratursökning via följande databaser: Agelin, www.avhandlingar.se, Cinahl; Cochrane Library, Embase; Erik, Google Scholar, Medline, Psycinfo, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, SveMed+, DiVA; Dessa avgränsningar har gjorts: i första hand svenska studier, dvs. avhandlingar, forskningsartiklar samt magisteruppsatser. Följande sökstrategier har använts: Elderly care AND Sweden; Eldercare AND Sweden; Home care AND Sweden; Long-term-Care AND (aged or elderly) AND Sweden; Home help service AND Sweden; Home help service AND Sweden AND organization; (aged or elderly) AND (quality of care in long term care) AND Sweden; Ersättningsmodell AND hemtjänst AND utvärdering; Ersättningsmodell AND hemtjänst AND uppföljning
- Genomgång av utredningar från Socialstyrelsen, andra statliga myndigheter och organisationer, publikationer från ÄC och andra FoU-miljöer som behandlar hemtjänstens förutsättningar, biståndsbedömning, uppföljning och ersättningssystem,
- Intervjuer och dokumentstudier avseende former för ersättningssystem, biståndsbedömning och uppföljning i kommuner som valts av staden eller av Äldrecentrum som intressanta exempel.
- Intervjuer med sju enhetschefer och fem omsorgspersonal inom hemtjänstföretag i Stockholms stad samt med sex biståndshandläggare och tre beställarchefer i Stockholms stad. Intervjuerna och metod finns utförligt redovisade i särskild bilaga, *Röster om hemtjänsten* (Hjalmarson 2015).
- Hearing med 17 omsorgspersonal från åtta olika hemtjänstenheter i Stockholms stad.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en bakgrundsbeskrivning av de som har hemtjänst och därefter fyra kapitel som behandlar områden med relevans för hur kvaliteten i hemtjänsten och den äldres inflytande kan utvecklas; biståndshandläggningen, valfrihet och lagstiftning om upphandling av hemtjänst, ersättningssystemen samt formerna för uppföljning.

DE SOM HAR HEMTJÄNST

I rapporten talar vi omväxlande om den äldre och omsorgsmottagaren, undantagsvis används begreppen brukare och kund. Vi inleder med uppgifter om antal och andel som har hemtjänst och därefter en del data hämtade från den longitudinella studien SNAC¹ om omsorgsmottagarna.

Sammanfattning

Det har sedan millennieskiftet skett en förskjutning av äldreomsorgen från särskilt boende till hemtjänst. Allt fler bor kvar hemma trots omfattande behov av vård och omsorg. Denna utveckling ställer ökande krav på kompetens och erfarenhet hos personalen i hemtjänsten.

År 2012 hade en dryg tredjedel av landets hemtjänstmottagare insatser som understiger tio timmar i månaden, fyra procent hade insatser som överstiger 120 timmar (i snitt cirka 4 timmar per dag eller mer).

En majoritet av de som är inskrivna i hemsjukvård har också hemtjänst. Nationella data saknas, men av den longitudinella studien SNAC-K framgår att av dem som har hemtjänst på Kungsholmen i Stockholm har cirka en tredjedel också hemsjukvård.

Antal och andel med hemtjänst

I hela landet var det cirka 163 500 personer 65 år och äldre (8,8 % av alla 65+) som bodde i ordinärt boende den 1 oktober 2012 och som var beviljade hemtjänst. En majoritet, 67 procent², var kvinnor. Tre av fyra hemtjänstmottagare var 80 år eller äldre, och de utgjorde knappt en fjärdedel av alla personer i den åldersgruppen. Ju högre upp i åldrarna, desto högre är andelen kvinnor.

Tabell 1. Antal och andel med hemtjänst efter kön och ålder i Sverige okt 2012

	Alla med hemtjänst	Varav kvinnor	Andel %	Varav män	Andel %
65-79 år	44885	26191	58	18694	42
80 år -	118698	83475	70	35223	30
Alla	163583	109666	67	53917	33

Källa: Socialstyrelsen (2013) Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen

¹ The Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC) är en studie där äldre personer i fyra regioner i Sverige följs över tid. Äldrecentrum svarar för den del av SNAC där äldre på Kungsholmen följs (SNAC-K). En del i denna är att följa alla personer 65 år och äldre som har hemtjänst eller bor i särskilt boende. Detta sker bl.a. genom att registrera olika aspekter av vårdberoendet och vilka insatser som ges enligt SoL resp. HSL.

² Uppgiften avser 1 oktober 2012, senaste år som det finns data uppdelat på kön och ålder och typ av insats.

Absoluta merparten av hemtjänstmottagarna är beviljade serviceinsatser t.ex. städning, tvätt, matinköp. Enligt Socialstyrelsens statistik för 2012 var 85 procent beviljade serviceinsatser och ca två tredjedelar var beviljade personlig omvårdnad. Över hälften hade både serviceinsatser och personlig omvårdnad. Sex procent hade enbart matdistribution, tre procent enbart ledsagning.

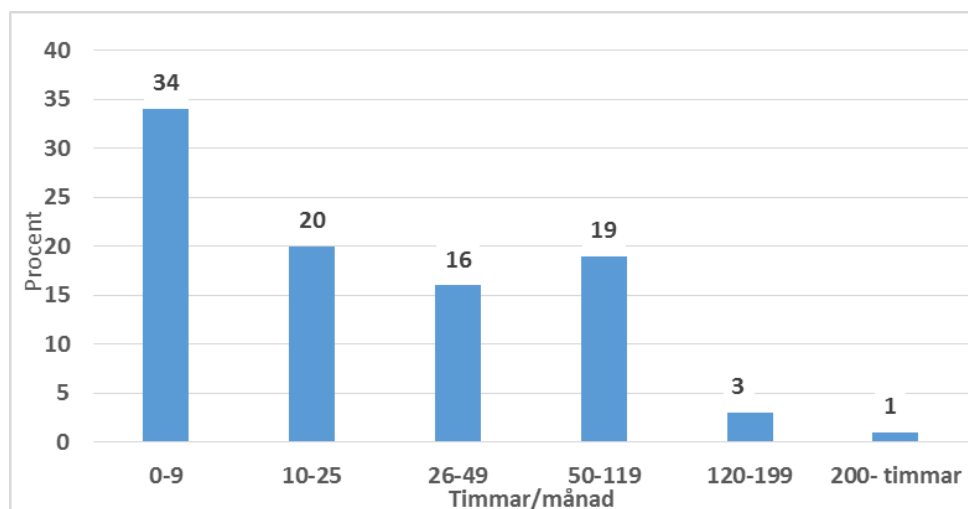
Motsvarande statistik för Stockholm visar att 95 procent av alla hemtjänstmottagare var beviljade serviceinsatser och ca två tredjedelar var beviljade personlig omvårdnad. Nästan två tredjedelar hade både serviceinsatser och personlig omvårdnad, fyra procent hade enbart matdistribution, och en procent enbart ledsagning.

Tabell 2. Antal och andel av samtliga hemtjänstmottagare i Sverige med serviceinsatser resp. personlig omvårdnad 2012

	Alla	Service- insatser	Andel %	Personlig omvård- nad	Andel %	Service och om- vårdnad	Andel %
65-79 år	44885	36863	82	29010	65	22117	49
80 år -	118698	102872	87	78538	76	65176	55
Alla	163583	139753	85	107548	78	87293	53

Källa: Socialstyrelsen (2013) Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen

Av figur 1 framgår att en dryg tredjedel hade insatser understigande tio timmar i månaden. Vanligen rör det sig då om serviceinsatser som hjälp med städning och matinköp. Knappt en fjärdedel (23 %) var beviljade 50 timmar eller mer under en månad. Ett fåtal, cirka 0,5 procent, hade mer än 200 timmar.

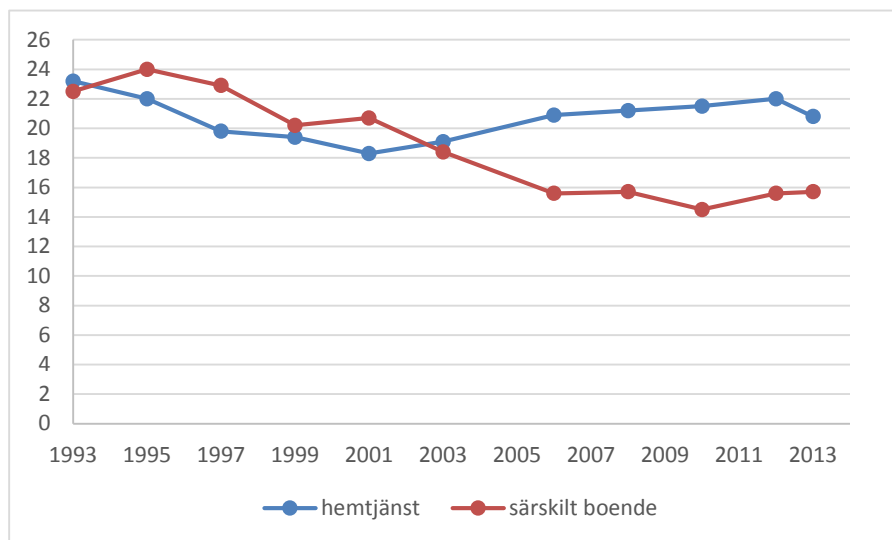


Figur 1. Andel av hemtjänstmottagare efter antal beviljade timmar, 2012

Källa: Socialstyrelsen (2013) Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen

Mindre andel äldre får offentlig omsorg

Andelen personer 80 år eller äldre som får offentligt finansierad äldreomsorg minskade under 1990-talet. Andelen som var beviljad särskilt boende fortsatte att minska även under 2000-talet (Figur 2) då drygt 28 000 platser eller ca 25 procent av det totala antalet platser i riket avvecklades, i vissa kommuner var platsminskningen ännu större (Socialstyrelsen, 2014 a). Andelen personer 80 år eller äldre med hemtjänst ökade däremot svagt under 2000-talet men har varit i stort sett oförändrat under de senaste fem åren (2008-2013).



Figur 2. Andelen personer 80 år eller äldre med hemtjänst resp. särskilt boende³

Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänststatistiken för resp. år, egen bearbetning

Denna utveckling innebär att en ökande andel äldre med omfattande behov av vård- och omsorgsinsatser bor kvar hemma med hemtjänst (Socialstyrelsen 2015 b). Allt fler får insatser i hemmet trots stora behov av såväl hemtjänst som hemsjukvård. Tröskeln för när man kan beviljas kommunal äldreomsorg har höjts under de senaste decennierna och personer med de mest omfattande behoven har prioriterats (Larsson, 2004; Thorslund & Silverstein, 2009). Andelen av omsorgsmottagarna som har hög grad av funktionsnedsättning har ökat mellan 2006 och 2013 (Lagergren 2014).

Det finns flera bakomliggande faktorer till minskningen av antalet och andelen personer i särskilt boende. En är en förbättrad hälsoutveckling, men de största förbättringarna i äldres hälsa skedde under 1980-talet och i viss mån 1990-talet, medan utvecklingen under 2000-talet enligt en nationellt representativ studie

³ Definitionen av hemtjänst har ändrats så att även personer som enbart får biståndsbedömd matdistribution, trygghetslarm och/eller snöröjning räknas med varför hemtjänststatistiken för 2010-talet inte är jämförbar med tidigare år.

har varit olika för olika indikatorer på hälsa (Fors m.fl., 2013). Bland personer 77 år eller äldre har enligt denna studie under perioden 1992–2011 problem med värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet ökat och lungfunktionen försämrats. Självskattad hälsa och testad fysisk funktionsförmåga blev oförändrad under perioden. Trots detta har andelen som uppger att de behöver hjälp med sina grundläggande, vardagliga aktiviteter (ADL) minskat under perioden (Fors et al., 2013). Resultat från H-70 studien i Göteborg visar också att en lägre andel av dagens 75-åringar behöver hjälp med ADL aktiviteter medan en högre andel ägnade sig åt fritidsaktiviteter jämfört med jämnåriga för 30 år sedan (Falk et al., 2014). Resultaten tyder alltså på att dagens äldre – trots att man ofta har en eller flera sjukdomsdiagnoser – klarar vardagen bättre än tidigare kohorter. Det är dock fortfarande oklart om denna förlängning av det relativt friska åldrandet (den s.k. tredje åldern) innebär en längre, kortare eller lika lång men uppskjuten tid där man inte längre klarar sig själv. Många sjukdomar upptäcks och behandlas idag tidigare och man lever numera även längre med kroniska sjukdomar (Meinow m.fl. 2010; Rosén & Haglund, 2005). En följd av denna utveckling är att fler av dem som har hemtjänst idag än tidigare har kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Av den grupp som benämns ”mest sjuka äldre” bodde 2013 tre av fyra i ordinärt boende och en av fyra i särskilt boende, fem år tidigare var andelen två tredjedelar respektive en tredjedel (Socialstyrelsen 2015 b). Fler med demenssjukdom bor kvar längre i ordinärt boende och detsamma gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Vid millennieskiftet uppskattades att andelen personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende uppgick till 41 procent, för att år 2012 ha ökat till 57 procent (Socialstyrelsen 2014 b). Detta ställer ökande krav på hemtjänstens kompetens och samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst.

Faktorer som bidrar till omsorgsbehov

Nedsatt funktionsförmåga är den enskilt viktigaste faktorn för behov av hemtjänst. Det handlar t.ex. om minskad rörlighet och ork och för många också nedsatt kognition. Ensamboende har i högre utsträckning hemtjänst än sammanboende.

Funktionsnedsättningar

Nästan alla som under 2013 hade hemtjänst på Kungsholmen var enligt den longitudinella studien SNAC-K beroende av hjälp i någon IADL-aktivitet och närmare hälften i någon PADL-aktivitet⁴. Andelen som är beroende av hjälp i alla PADL-aktiviteter är låg bland hemtjänstmottagarna i ordinärt boende, cirka fem procent. I vård- och omsorgsboenden är andelen cirka 50 procent. Cirka en tredjedel av hemtjänstmottagarna har svåra eller mycket svåra rörelsehinder (Lagergren 2014).

Ungefär en fjärdedel var enligt samma studie kognitivt nedsatta, till exempel på grund av en demenssjukdom. Andelen som är svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta närmar sig tio procent av dem som har hemtjänst.

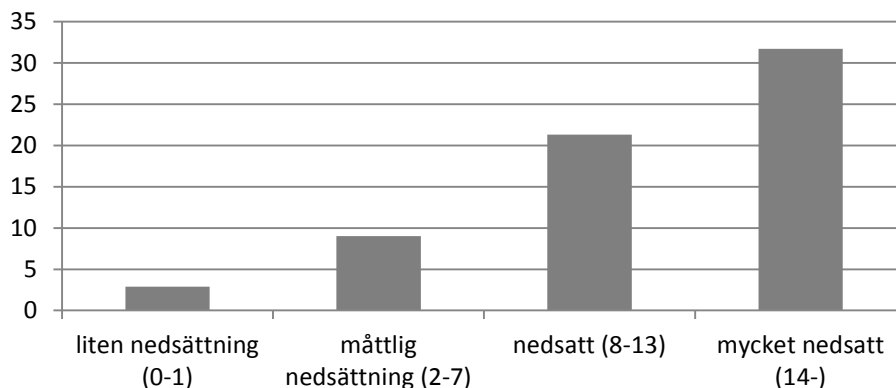
Ungefär var tionde har svår eller mycket svår synnedsättning, andelen med svår eller mycket svår hörselnedsättning är något lägre. En av fem av de som har hemtjänst har svår eller mycket svår smärta. Knappt var tionde lider av svår eller mycket svår yrsel (a.a. 2014).

Med data från SNAC-K har Äldrecentrum studerat vad som kännetecknar dem som ansöker om äldreomsorg första gången. I urvalet ingick 1 538 personer som för första gången fick äldreomsorg eller långvarig hemsjukvård. Genomsnittsåldern för inträdet i äldreomsorgen var 84 år. De flesta var kvinnor (74 procent). Fyra av fem var ensamboende (Lagergren 2013).

Hur funktionsnedsättningarna påverkar bedömd tid

Data från SNAC-K visar att det, inte oväntat, genomsnittligt sett finns ett klart samband mellan funktionsnedsättning och hur många timmar hemtjänst man får (figur 4).

⁴ Som mått på vårdberoendet används funktionsnedsättningar. Registreringen i SNAC ansluter till den så kallade ADL-trappan. IADL (instrumentella aktiviteter i det dagliga livet) avser hur man själv klarar hushållssysslor som städning, matinköp och liknande och PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet) handlar i stort sett om förmågan att sköta kroppen, dvs. att själv klara bad eller dusch, av- och påklädning, toalettbesök mm. Annat som registreras är kognitiv förmåga, oro, syn- och hörsel, rörelsehinder, smärta och inkontinens.



Figur 3. Genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar per vecka efter P-ADL-grupp (omfattar av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag, inkontinens, rörelsehinder samt kognitiv nedsättning, på en skala från 0 till 23)

Källa: SNAC-K 2013

Som framgick av figur 1 har över en tredjedel av omsorgsmottagarna färre än 9 timmar hemtjänst per månad, vilket svarar mot gruppen ovan som benämns ”med liten nedsättning”. Som förväntat är det personer med mer omfattande funktionsnedsättningar som har mycket insatser från hemtjänsten. Ser man däremot till vilken grupp som har störst andel av det totala antalet hemtjänsttimmar under en vecka blir bilden en annan. Eftersom personerna som är mycket eller helt nedsatta är få i relation till alla hemtjänstmottagare så går endast en mindre andel av hemtjänstens tid till den gruppen. Cirka två tredjedelar av tiden går till de som är lite eller måttligt funktionsnedsatta, medan cirka tio procent går till de som är mycket eller helt nedsatta.

Drygt var fjärde har hjälp på kvällar, knappt var tjugonde har hjälp nattetid. Bland dem som är mycket nedsatta har cirka två tredjedelar insatser nattetid.

De totala hemtjänstinsatserna, mätt i timmar, har ökat under perioden 2006-2013. Hälften av ökningen beror på ökat antal omsorgsmottagare, hälften på ökade insatser per person, vilket hänger samman med ökad grad av funktionsnedsättning. När hänsyn tas till ökningen av omsorgsmottagare och graden av funktionsnedsättningar konstanthålls har insatserna i stället minskat (Lagergren 2014).

Vanligt att ha både hemtjänst och hemsjukvård

En majoritet av de som är inskrivna i hemsjukvård på Kungsholmen (nästan 95 %) har också hemtjänst. Av dem som har hemtjänst har cirka en tredjedel också hemsjukvård (Lagergren 2014). För äldre med stora och sammansatta behov är samverkan mellan olika aktörer en förutsättning för trygghet (Sonde & Wånell 2013).

TJÄNSTEN HEMTJÄNST

Sammanfattning

Hemtjänst delas ofta upp i serviceinsatser och omsorgsinsatser. Hemtjänstpersonal utför också i varierande grad vissa hälso- och sjukvårdsinsatser, som att förmedla läkemedel, enligt delegering från distriktssköterska. I socialtjänstlagen framhålls som värdegrund att ”socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande” (5 kap. 4 § SoL). God kvalitet i vård och omsorg av äldre förutsätter att den enskilde ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning.

Hemtjänsten bör präglas av det som ibland benämns omsorgsrationalitet. Med omsorgsrationalitet avses att man anpassar sig till omsorgsmottagaren, arbetar med förnuft, inlevelse, empati och känsla, stärker den enskildes förmågor. Kvaliteten i omsorgstjänster är beroende av den personliga relationen mellan omsorgsgivaren och omsorgsmottagaren. Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete utgår från omsorgens specifika karaktär och ska skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer.

Hög kontinuitet, att hjälpen är flexibel, dvs. anpassad till den enskildes personliga och varierande situation och att personalen har tillräckligt med tid är viktiga faktorer för att hemtjänsten ska kunna leva upp till kraven i socialtjänstlagens värdegrund. I omsorgsarbetet är god kompetens och möjlighet till fortbildning, handledning och reflektion viktigt. Specialisering kan öka förutsättningarna att t.ex. ge personer med demenssjukdom möjligheter att på ett tryggt sätt bo kvar i sitt hem. Ett teambaserat arbetssätt med både hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ger bättre förutsättningar att ge en kompetent och sammanhållen vård och omsorg (Wånell 2007).

Kvarboendeprincipen

I den åldringsvårdsutredning som utredaren, Gunnar Sträng, överlämnade till regeringen i mitten av 1950-talet står bl.a.: ”Åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att med alla medel förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem.” (SOU 1956:1, sid 185). Kvarboendeprincipen har sedan 1950-talet varit vägledande för utformningen av svensk äldreomsorg.

Man ska kunna få sin hjälp i hemmet, även om den blir dyrare än om den skulle ges i ett särskilt boende. Brytpunkten för när hemtjänst blir dyrare än särskilt boende kan, om vi använder mediankostnaden för särskilt boende för hela landet, beräknas ligga kring en hjälpinsats om cirka 130 timmar/månad (i snitt 4,3 timmar per dag), räknat enbart på hemtjänsten (kostnaden för hemsjukvård och

landstingens hälso- och sjukvård är inte inräknad). Knappt fyra procent av hemtjänstmottagarna har insatser som är så omfattande att kostnaden för omsorgen skulle bli lägre om personen fick den i ett särskilt boende. Vanligen är hemtjänst dock billigare än en plats i särskilt boende. Mediantiden vid flytt till ett särskilt boende är 49 timmar per månad (i snitt cirka 1,6 timmar per dag), således långt under den beräknade brytpunkten (Socialstyrelsen 2015 b).

Kvarboendepolitiken har stundom i den allmänna debatten kritiserats för att den skulle ha gått för långt. Att personer som vill flytta till ett servicehus eller vård- och omsorgsboende får avslag med motiveringen att hjälpbehovet kan tillgodoses med ökade hemtjänstinsatser. En orsak till detta påstås då vara att kommunerna ser det som för dyrt med vård- och omsorgsboende och att det skulle vara billigare med hemtjänst. Mot detta kan ställas att det inte är givet att det alltid är den äldre själv som begär att få flytta till ett särskilt boende, utan anhöriga som driver på. Och att det kan vara mer otryggt för den äldre att behöva flytta från sitt hem.

En del studier Äldrecentrum gjort visar att det förekommer att äldre personer som är otrygga och har stora omvårdnadsbehov får avslag, (t.ex. Gurner m.fl. 2007), men det finns inga studier som visar omfattningen.

Av de intervjuer som gjorts med biståndshandläggare för denna rapport framkommer att det var svårt att få bifall vid en ansökan om särskilt boende. Handläggarna var klivna till kraven som ställdes på de som ansökte om boende, att de först skulle pröva att ha maximalt med hemtjänst. Flera av de intervjuade önskade att det skulle vara en generösare bedömning av dessa ansökningar.

De intervjuade biståndshandläggarna såg en stor skillnad mellan dem som har stora vård- och omsorgsbehov som vill bo hemma och de som inte vill. En av dem sa; *”för dem som vill bo hemma [...] fungerar det jättebra. De accepterar situationen. Då gör hemtjänsten allt de kan för att personen ska kunna bo kvar hemma”*. Bedömningen var dock att gruppen ensamstående som inte vill bo hemma var störst. En av de intervjuade konstaterade; *”för dem som är otrygga, har ångest, som vill ha närhet till personal fungerar inte hemtjänsten. Ett annat dilemma var motiveringen vid avslagsbeslut, att behovet kan tillgodoses med hemtjänst. ”Men det är ju precis det som det inte kan för den personen tycker inte att det fungerar”*, sa en av biståndshandläggarna.

En annan infallsvinkel tar sin utgångspunkt i att flertalet äldre personer vill bo kvar i sin invanda miljö så länge som möjligt. Och då kan ”så länge som möjligt” vara beroende av hemtjänstens kvalitet. Om den utförs på ett tryggt och kompetent sätt underlättas kvarboendet. Och motsatsen, en hemtjänst som inte är pålitlig kan leda till en för tidig flytt till ett särskilt boende. En av de som intervjuats inom ramen för denna studie beskrev att anledningen till att många flyttar är *”enskilda incidenter och anhöriga som vill tvinga in dem på boende”*. Att spara in på hemtjänsten så att den inte kan uppfylla sitt uppdrag på ett bra sätt kan därför vara dålig ekonomi för en kommun.

En av de hemtjänstchefer som intervjuats för denna rapport framhöll att om hemtjänsten fick friare händer, och kunde arbeta mer flexibelt när det gäller såväl insatser som tidsåtgång, så skulle det fungera bättre för de äldre att bo kvar hemma. Något som skulle kunna bli en direkt kostnadsbesparing för kommunen eftersom särskilt boende oftast är ett dyrare alternativ menade hon.

Ett allt mer kvalificerat uppdrag

Samhället har genomgått stora förändringar sedan 1950-talet och förutsättningarna för att bo kvar i sitt hem, och därmed kraven på hemtjänsten, är därför nu helt andra. Några exempel är

- Fler äldre, ökad medellivslängd, förbättrad om än ojämlig hälsa och framsteg inom hälso- och sjukvård – man lever längre även med kroniska sjukdomar
- Moderna bostäder med god tillgänglighet, bostadsanpassning och olika former av hjälpmedel
- Hemtjänst och hemsjukvård kan ges dygnet runt
- Antalet platser i särskilt boende, liksom vårdplatser på sjukhus, har minskat.

Hemtjänst har utvecklats från att vara mest inriktad på hjälp i hushållet till att vara en kvalificerad tjänst som förutsätter både medicinsk- och omsorgskompetens hos personalen.

En annan utmaning är att antalet äldre med annat modersmål än svenska ökar vilket ställer krav på hemtjänst med språk- och kulturkompetens.

Innehållet i hemtjänsten

Hemtjänsten delas ofta in i service och personlig omvårdnad. I regeringens proposition om Avgifter inom äldre- och handikappomsorg ges följande definition:

Hemtjänst innefattar dels uppgifter av servicekaraktär, dels uppgifter som är mer inriktade mot personlig omvårdnad. Av tidigare lagstiftningsärenden framgår det vilka typer av insatser som skall ingå i hemtjänsten (prop.1997/98:113 s.121, prop.1996/97:124 s.84ff., bet. 1996/97:SoU18 s. 40 ff., jfr även prop. 1992/93:129 s. 17 f.). Med serviceuppgifter avses bl.a. praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning och tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post- och bankkontor och hjälp med tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä och förflytta sig, sköta personlig hygien och i övrigt insatser som behövs för att bryta isolering eller för att den enskilde skall känna sig trygg och säker i det egna hemmet. Vidare ingår i hemtjänstbegreppet även viss ledsagning respektive avlösning av anhörig (betänkande 1996/97:SoU18 Ändring i socialtjänstlagen, s. 46 f.) (Prop. 2000/01: 149).

Uppdelningen mellan serviceinsatser och personlig omvårdnad görs bl.a. i den individbaserade statistik som Socialstyrelsen ansvarar för. Den beskriver en verklighet för vissa, men inte alla omsorgsmottagare. Att bistå en person som inte längre klarar av hemmets skötsel kan av den enskilde äldre upplevas lika nära och beröra den egna integriteten lika mycket som den personliga omvårdnaden.

De viktigaste kvalitetsfaktorerna ur den äldres perspektiv

I socialtjänstlagen framhålls som värdegrund att ”socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande” (5 kap. 4 § SoL).

God kvalitet i vård och omsorg av äldre förutsätter att den enskilde ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning. Dessa ska utformas och genomföras i samverkan med den enskilde. Ett reellt inflytande handlar också om bemötande och om respekt för var och ens särart, vilja och önskemål (Socialstyrelsen 2013 a).

Vi tar i vårt land för givet att själva få bestämma och styra över våra liv. Naturligtvis vill vi få göra det även när vi blir äldre. Det är allmänt känt att människan mår bra av att kunna påverka, att få ta ansvar och därmed känna att man är med i ett sammanhang (Karp m.fl. 2013). Äldre som är i behov av samhällets stöd hamnar lätt i en beroendeställning och kan ha svårt att ställa krav och framföra sin mening. För att skapa det välbefinnande som socialtjänstlagen i 5 kap 4 § föreskriver krävs mål, riktlinjer och rutiner som sätter detta i fokus. Vidare sägs där att äldre människor ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Att vara beroende av andra inskränker möjligheten att bestämma över sig själv, ens autonomi. Autonomi har enligt Marmot (2004) ett klart samband med hälsa, välbefinnande och livslängd. Prieto-Flores m.fl. (2010) fann att det var lättare för äldre personer att acceptera hälsoproblem än att förlora sitt oberoende, att bli en börda för andra.

Breitholz (2012) har studerat hur beroende äldre personer med hemtjänst är och i vilken utsträckning de kan göra egna val. Ett gemensamt drag för de intervjuade var att de ville klara sig själva och behålla sitt självbestämmande så länge som möjligt. I studien framkom olika erfarenheter av att ha omfattande hemtjänst. Vissa uppskattade när personalen utförde hushållsuppgifterna hjälpsamt och flexibelt. När det fanns ett ömsesidigt förtroende mellan den äldre och personalen upplevde de äldre att deras behov möttes med respekt. *Hon känner till det mesta om mig, och jag känner henne väl också* är ett belysande citat, *hon frågar mig hur jag vill ha det* ett annat. De äldre upplevde att de gjorde sina egna val.

En helt annan erfarenhet som kom fram i intervjuerna var när den äldre inte hade något inflytande över när hjälpen skulle ges och att det som utfördes var rutinmässigt och styrt av vad som ursprungligen beslutats. Personalen upplevdes som ständigt stressad. Detta stärkte den äldres upplevelse av att vara beroende. Vissa äldre anpassade sig till den hjälp de fick, och var lojala mot sina hjälpgivare. De klagade inte eftersom de visste att personalen arbetade under tidspress, och att det finns andra med större behov. Författarna till artikeln drar slutsatsen att dessa äldre inte bemöttes som individer, de hade varken tillfälle att uttrycka sina önskemål eller ta egna beslut och därmed fick de inte sina behov tillgodosedda (Breitholz 2012).

I en annan svensk studie av äldre personer som har hemtjänst framkommer att de flesta av de intervjuade anser att hemtjänsten är otillräcklig och inte förutsebar vare sig när det gäller när personalen kommer eller hur insatserna utförs. För de som upplevde välbefinnande hade anhöriga en viktig roll. De äldre som hade en låg grad av välbefinnande talade genomgående om hemtjänsten som både opålitlig och otillräcklig. *Hemtjänsten kommer inte på de bestämda tiderna ... det är så dåligt att de har så mycket att göra att de inte har tid* är ett citat från studien (Hammarström & Torres 2011).

Hemtjänsten bör präglas av det som ibland benämns omsorgsrationalitet. Med omsorgsrationalitet avses att man anpassar sig till omsorgsmottagaren, arbetar kontextuellt, med förnuft, inlevelse, empati och känsla, stärker den enskildes förmågor. Kvaliteten i omsorgstjänster är beroende av den personliga relationen mellan omsorgsgivaren och omsorgsmottagaren. Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete utgår från omsorgens specifika karaktär och ska skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer (Wærness 1996).

New Public Management och omsorgsrationalitet

Under 1990-talet infördes marknadsliknande verksamhetsformer i flertalet kommuner, inspirerade av idéer från New Public Management. Syftet var att öka medborgarnas inflytande, förbättra tjänsternas kvalitet och samtidigt minska kostnaderna. Övergången till att organisera hemtjänst enligt marknadsprinciper innebar att kvalitetskrav, ersättning till utförarna och uppföljning av den utförda hemtjänsten uppmärksammades på ett helt nytt sätt. För att göra det möjligt för privata företag att arbeta med hemtjänst skiljdes behovsbedömningen organisatoriskt från de enheter som utför hemtjänst. En så kallad beställare/utförare-organisation skapades, och en ny profession såg dagens ljus – biståndshandläggaren. Den nya organisationsformen förväntades också öka rättssäkerheten för de äldre. Olika aktörer ska kunna konkurrera med varandra, för att erbjuda de äldre valmöjligheter, och göra det möjligt att välja bort företag som inte har bra kvalitet. De insatser som ges ska kunna tidsättas, och resultatet följas upp via olika indikatorer.

I en litteraturgenomgång från Karlstads universitet beskrivs att omsorgsrationalitet handlar om en god relation mellan omsorgsmottagare och omsorgspersonal. Det kräver kontinuitet och tid. Management har däremot en mer administrativ och ekonomisk karaktär; planering, styrning, uppföljning och kontroll (Bergman 2009).

New Public Management och omsorgsrationalitet kan ses som två olika sätt att tänka när hemtjänsten ska organiseras.

Förutsättningar för god kvalitet

Låg personalomsättning, hög andel heltidsanställda och låg andel timanställda är viktiga aspekter av strukturkvalitet – dvs. faktorer som är förutsättningar för en bra kvalitet av vården och omsorgen. En annan central kvalitetsindikator är att hjälpen är flexibel, dvs. anpassad till den enskildes personliga och varierande situation. Slutligen framstår det som centralt att personalen har tillräckligt med tid vilket innebär att personaltäthet är en viktig aspekt av strukturkvalitet (Szebehely 2011).

I nedanstående avsnitt beskrivs några av de viktigaste faktorerna för god kvalitet inom hemtjänsten.

Kontinuitet

När äldre intervjuas om vad de uppskattar mest blir svaret ofta att ”det ska vara samma som kommer”. En bra hemtjänstverksamhet bygger på relationen mellan de äldre och personalen. Det är därför naturligt att en av de allra viktigaste kvalitetsfaktorerna är kontinuitet. Att ständigt behöva ta emot nya, främmande människor i sitt hem och gång på gång behöva instruera personalen i hur man vill ha sin hjälp utförd, var husgeråd finns och så vidare upplevs som något mycket negativt. Den äldre är i ett utsatt läge och hur väl han eller hon känner den person som ska hjälpa till, i ofta mycket intima situationer, har stor betydelse för upplevelsen av att ta emot hjälp.

En personalföreträdare som intervjuades för denna rapport formulerade det som att *”kontinuitet är att det inte är nya personer som kommer varje gång. Att den personal som utlovats verkligen kommer och vet vad de ska göra så att de äldre slipper att berätta vad. Enligt min uppfattning är det vad de äldre klagat på, att det är för många som kommer”*.

En av de biståndshandläggare som intervjuats för denna rapport framhöll att *”det är inte alla som har anhängiga som kan styra upp hur saker och ting fungerar. Att det finns en person där som kan se till att allt fungerar. Man har sett att det är svårt när det är många personer som kommer och går. Om man inte har helhetsbilden av en person är det svårt att hjälpa honom eller henne”*. Flera av de intervjuade framhöll också att kontinuitet är en förutsättning för att kunna bedöma förändringar hos de äldre. Att personalen är observant är viktigt för de äldres hälsa och också för deras trygghet och säkerhet.

För de äldre som har en kognitiv nedsättning, såsom demenssjukdom, är kontinuitet av särskilt stor betydelse. Det kan vara helt avgörande för om personalen alls blir insläppt och om insatser överhuvudtaget kan ges.

En återkommande kritik är att den hjälp som ges, ges av alltför många olika personer. Brister i personalkontinuiteten är ett generellt problem inom äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2013 a).

Tid

I de intervjuer som gjorts med hemtjänstpersonal inom ramen för denna studie beskrivs tid som den mest centrala kvalitetsfaktorn. Tillräckligt med tid är förutsättningen för att kunna se individen, kunna lyssna, lära känna pensionärerna och vad som är viktigt för dem. Det är även viktigt att lära känna dem för att kunna tolka signaler, som att se när de har ont utan att de säger det.

I nuläget finns det, menar de flesta av de intervjuade, för lite utrymme att bara lyssna. Flera upplever tidsramarna väldigt snäva. Hjälp på morgonen kan i en stadsdel vara en minut för att bädda, tre minuter för påklädning och fem minuter till frukost, vilket summeras till tio minuter – och *det får man övertala och lirka i vissa fall, plocka fram kläder, förbereda i badrum och plocka undan efter*. Personalen berättar att de försöker hålla sig lugna så att den äldre inte märker att man har bråttom till nästa. Det är också viktigt att kunna vara flexibel och anpassa sig till behoven för dagen. *”Det får inte bli fokus på tid räknad i minuter [...] vi måste ha en tidsram och inte ett inrutat schema”* som en intervjuad omsorgspersonal formulerade det. En annan av de intervjuade formulerade detta med att *”varje dag händer tusen saker som inte är förutbestämda. Man måste lägga en planering som tar hänsyn till detta”*.

De biståndshandläggare som intervjuats bekräftar värdet av tillräckligt med tid och lyfter samtidigt fram att det finns en konflikt mellan att bevilja den tid som kan krävas för en ”god levnadsnivå” och de budgetramar som finns.

Tid kan också vara att kunna anpassa sig till den äldres dygnsrytm och önskemål. I den hearing som genomfördes med hemtjänstpersonal i Stockholm berättades om en äldre person som ville få sin dusch på kvällen, *”vår spontana reaktion var att det går väl inte”*. På kvällen finns inte den bemanning som skulle räcka för dusch.

Arbetsmetoder

Ett av de övergripande målen i socialtjänstlagen är att frigöra och utveckla individens och gruppernas egna resurser. Biståndet ska utformas så att det stärker individens möjligheter att leva ett självständigt liv. Denna målsättning gäller även de insatser som hemtjänsten ger. Personalen ska ha kunskap, tid och tålamod att låta den äldre få göra det han eller hon fortfarande klarar av att göra själv, eller annars vara delaktig så långt det är möjligt. Hemtjänsten ska ha ett funktionsbevarande och vardagsrehabiliterande arbetssätt.

Det är därför önskvärt att hemtjänstens insatser utformas så att de stärker omsorgsmottagarens förmågor. För välbefinnandet är det av central betydelse att ha makt över sin vardag och så långt möjligt kunna klara sig själv. Att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt är dock ofta försummat eller bortprioriterat. Ett belysande citat från en verksamhetschef för primärvårdsrehabilitering är *”Det är inte en tydlig ansvarsfördelning vad gäller rehabilitering. Vad är träning, vad är eget ansvar? Att gå till toaletten – rehab? Det finns många gränssnitt, det går inte att fastställa var, man måste ha en dialog. Att man pekar på varann och tycker att det är den andres ansvar är stadsdelsbundet”* (Sonde & Wånell 2013).

Biståndshandläggaren behöver ha ett rehabiliterande förhållningssätt i åtanke när tidsberäkningen görs. Att låta den äldre själv knäppa blusen tar längre tid än att göra det själv. Det är också nödvändigt med ett väl etablerat samarbete med primärvårdsrehabiliteringen – handledning från rehabiliteringspersonal är en förutsättning för att kunna utveckla det rehabiliterande arbetssättet. Insikten om värdet av ett rehabiliterande förhållningssätt har funnits i åtskilliga decennier, men förverkligandet har ofta skett i form av projekt som sällan implementerats i det dagliga arbetet (Socialstyrelsen 2007, Högstedt & Åhlfeldt 2010). Exempel på lyckade projekt finns också (Socialstyrelsen 2012 d).

Kompetent personal

Hemtjänst är ett kvalificerat arbete som kräver kunnig och erfaren omsorgspersonal. En av de intervjuade hemtjänstcheferna i denna studie betonade att *”kontinuitet och kompetens hos personalen måste gå hand i hand. En kompetent personal som kan ges handlingsutrymme. Man kan inte ta det ena utan det andra”*.

Socialstyrelsen har i Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12) angett vilka grundläggande krav som behöver ställas på personal som arbetar inom äldreomsorgen. En person kan uppnå kunskaper och förmågor i enlighet med de allmänna råden genom godkända kurser om 1 100 poäng i de programgemensamma karaktärsämnen och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik på vård- och omsorgsprogrammet, eller genom motsvarande utbildning. Personalen bör vid behov få fortbildning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som anges i de allmänna råden och även ges möjlighet att följa kunskapsutvecklingen på området (SOSFS 2011:12).

Handledning och reflektion är viktigt i allt arbete med människor, men sparsamt förekommande i hemtjänsten. Erfarenheter Äldrecentrum gjorde under 2014 vid fortbildning av hemtjänstpersonal i Stockholms stad var att tiden för handledning och reflektionstid krymper. Detta styrks av de intervjuer som gjorts med hemtjänstchefer och omsorgspersonal i denna studie. *”Vi behöver hitta strategier för att utföra arbetet. En del pensionärer är knepiga. Alla släpper inte in oss, någon kommer på ett knep. Vi behöver tala om tecken på att pensionärerna förändras. Varför skällde hon ut mig idag? Vad kan det bero på? Har en vän gått bort? Den kunskapen eller informationsöverföringen finns det ingen tid till inom*

hemtjänsten. Vi har dragit ner på morgontiden. Det tyckte vi var fel, men det finns ett tryck på att vi måste spara pengar” berättar en hemtjänstpersonal.

Personalen måste också förstå och kunna prata tillräckligt god svenska. För äldre personer som hör illa eller har nedsatt kognitiv förmåga är detta viktigt för att kunna uppleva kontakt med personalen och känna att man kan göra sig förstådd från båda hållen. För hemtjänstmottagare som själva inte förstår svenska är det i gengäld viktigt att få hjälp av någon som pratar ett språk som den äldre förstår.

Specialisering

Ett sätt att uppnå en mer kompetent hemtjänst är att omsorgspersonalen ges möjlighet att specialisera sig. Det kan också öka valfriheten om det finns mer tydliga inriktningar för hemtjänsten. Exempel på krav på enheter som specialiserar sig mot personer med demenssjukdom kan enligt en studie från Äldrecentrum vara

- att den specialiserade hemtjänstenheten är tydligt definierad och har hela ansvaret, dygnet runt,
- att personalen har utbildning motsvarande Socialstyrelsens rekommendationer gällande utbildning, SOSFS 2011:12, och har/får fortbildning inom demensområdet,
- att enheten leds av en person med god kunskap om demenssjukdomar,
- att personalen har regelbunden handledning och tid avsatt för regelbunden reflektion,
- att enheten prioriterar kontinuitet hos omsorgsmottagaren, och använder genomförandeplaner och levnadsberättelser för planering och utvärdering av sitt arbete. (Gens & Wånell 2013)

En annan form av specialisering är särskilda team som kan ge omfattande och flexibla insatser samordnat från hemtjänst och hemsjukvård efter hemgång från sjukhus. En del kommuner använder begreppet trygg hemgång. Denna form av korttidsvård kan vara ett alternativ till plats på korttidsboende efter sjukhusvistelse. Korttidsvård kan skapa trygghet för den äldre och trots en initial merkostnad ändå vara kostnadseffektiv (Meinow & Wånell 2011). Trygg hemgång bör kunna kosta mindre än plats på korttidsboende, och ge bättre förutsättningar att träna i den miljö den äldre sedan ska klara sig själv i. I vilken mån den kan ge samma trygghet som ett korttidsboende är inte beforskat. Däremot har det skett en utvärdering och ekonomisk analys av en försöksverksamhet i samarbete mellan Ronneby kommun och Blekinge läns landsting. Den visar att de som fick del av Trygg hemgång i Ronneby upplevde sig tryggare när jämförelse görs med liknande patientgrupper som kommit hem utan förstärkta och samordnade insatser. Antalet återinläggningar och besök på akutmottagningen var betydligt lägre än för jämförbara patienter (Bowin & Norén 2014).

Trygg hemgång är svårare att forma när kommunerna inte har hemsjukvårdsansvaret, men en modell har i Stockholms län testats med statliga stimulansmedel i Tyresö. Teamets bas var Handengeriatriken. I Tyresö formades dock inte ett samlat team över huvudmannaskapsgränserna (Hagman 2014).

Betydelsen av kompetent och tillgänglig arbetsledning

En bra arbetsledning är centralt för en god kvalitet. Som en av de intervjuade biståndshandläggarna uttryckte det, *”som det ser ut i ledningen ser det också ut på golvet, det märks med en gång vilka företag som har ett bra ledarskap”*.

Den som är chef för en hemtjänstenhet behöver ha en adekvat utbildning (socio-nom, sjuksköterska eller motsvarande) och ha adekvat yrkeserfarenhet. I uppdraget ingår att handleda, snabbt kunna ge råd och stöd när det uppstår frågor och problem hemma hos en omsorgsmottagare, stödja personalen i deras kompetensutveckling och arbeta systematiskt med kvalitetsutvecklingen. Chefen behöver vara tillgänglig för sin personal, för den äldre och dennes anhöriga.

Det finns forskning som belyser utmaningen för hemtjänstchefen att organisera omsorgen utifrån den enskilde äldres behov, vara arbetsledare med ansvar för personalens arbetsmiljö, handleda och samtidigt ha budgetansvar. Enhetschefens svåra mellanposition, mellan de äldre, deras anhöriga, personalen och sin egen ledning i kommunen eller företaget har beskrivits som en *”korstryckssituation”*. Hemtjänstens chefer är dessutom arbetsledare *”på distans”* – personalen arbetar i omsorgsmottagarens hem och chefen har sällan eller aldrig möjlighet att se på plats hur arbetet utförs (Trydegård 2005).

I en kunskapsöversikt gjord av två forskare vid Linköpings universitet på uppdrag av fackförbundet Vision, beskrivs att *”första linjens chefer står i korsdraget mellan uppifrån kommande förväntningar på att omsorgsarbetarna med stöd av första linjens chef skall finna vägar för att lösa verksamhetens ”omöjliga uppdrag”, och omsorgsarbeters krav på att verksamhetens ledning skall ta ansvar för spänningar mellan verksamhetens mål, givna budgetramar och andra arbetsvillkor”*. Därför, menar författarna, behöver första linjens chefer erbjudas handledning och kompetensutveckling i sin yrkesroll och ha ett väl fungerande administrativt stöd och hjälp på de områden i vilka första linjens chefers kunskap är mer begränsade. De ska kunna få fokusera på omsorgsarbete och ha ett rimligt antal underställda att vara chef för. Visions tolkning är att ett riktmärke för antalet underställda bör ligga kring 25 personer. (Thelin & Wolmesjö 2014)

Arbetsmiljö

Om tiden inte räcker kan det leda till att insatser inte blir gjorda, eller blir gjorda på ett dåligt sätt. Det kan innebära en stressituation för såväl den äldre som för personalen och på så sätt förhindra goda relationer. Arbetsmiljön påverkas negativt om personalen inte har tillräcklig tid för de insatser som ska ges. Den äldre ska inte behöva märka att personalen är jäktad. Och när man är klar hos den ene så handlar det om att skynda till nästa omsorgsmottagare. Tiden för lunch behöver för många också räcka till gångtiden vilket gör att lunchtiden kan

halveras. Olika tidsmätningssystem kan också upplevas som en stressfaktor och att man känner sig övervakad.

Av en enkätundersökning som fackförbundet Kommunal utfört på riksnivå bland sina medlemmar inom hemtjänsten framgår att detaljstyrning ökar stress och försvårar ett professionellt omsorgsarbete. Enligt enkätsvaren har detaljstyrning, stress och tidspress ökat över tid. Bara knappt var femte anser att inflytandet över planeringen av vården och omsorgen har ökat över tid (Dalin m.fl 2015).

God kvalitet i omsorgsarbetet är en förutsättning för god arbetsmiljö – och vice versa, en god arbetsmiljö är en förutsättning för god kvalitet i omsorgsarbete. ”*Detta är mitt mest bestående intryck efter att ha tagit del av 10 års nordisk forskning om äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor i Norden*” (Trydegård 2005).

Samverkan med hemsjukvården

Av stor betydelse för äldre med behov av insatser från både äldreomsorgen och hälso- och sjukvården är i vilken omfattning dessa båda vårdgivare samverkar med varandra. Samarbete och gemensam planering underlättar vardagen för omsorgsmottagarna och skapar trygghet, även för anhöriga.

För att kunna uppfylla målet med kvarboende krävs att hemtjänsten har ett nära samarbete med primärvården. Personalen i hemtjänst utför ofta olika omvårdnadsinsatser och även olika hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation av en distriktssköterska. Vanligast är att de överlämnar läkemedel. De använder också olika hjälpmedel för förflyttningar, som är ordinerade av en fysioterapeut eller en arbetsterapeut. Personalen kan även utföra delar av träningsprogram, också de ordinerade av en fysioterapeut eller en arbetsterapeut.

Stockholms län är det enda länet där hemsjukvården inte har kommunaliserats. Faktorer som försvårar samverkan är bl.a. det delade huvudmannskapet, kunskaps- och kulturskillnader, avsaknad av gemensamma journaler och dåligt utnyttjande av samordnad individuell planering i hemmet (SIP). Samarbetet mellan distriktssköterska och omsorgspersonal har också försvårats av ett växande antal aktörer, såväl hemtjänstföretag som husläkarmottagningar. Samverkan med primärvårdsrehabiliteringen är personberoende och hemrehabiliteringen har inte i sitt uppdrag att handleda hemtjänstens personal i ett rehabiliterande arbetssätt.

En nationell utvärdering som utförts gemensamt av ARC och Äldrecentrum av nitton försöksverksamheter med sammanhållen vård av de mest sjuka äldre runt om i Sverige illustrerar de svårigheter som finns att samordna hemtjänst och sjukvårdsinsatser även när detta mål är tydligt uttalat och regeringen anslagit stimulansmedel (Hagman 2014).

I en studie där Äldrecentrum bistod SKL granskades hur samordningen fungerade för äldre multisjuka i 12 landsting och 29 kommuner. Av rapporten framgår bl.a. att

- Vårdcentralerna har inte inriktat sin verksamhet mot sköra äldres föränderliga livssituation och är inte organiserade att ta ett helhetsansvar utanför sjukhuset tillsammans med kommunens vård- och omsorg om den äldre och anhöriga.
- Hemtjänsten, uppdelad på service- och omvårdnadsinsatser efter produktkatalog och utförd av många olika personer skapar inte en trygg och meningsbärande social situation om den inte tar sin utgångspunkt i och fokuserar på den äldres skiftande behov. En insatsutformad hemtjänst har små förutsättningar att arbeta långsiktigt förebyggande tillsammans med primärvård, den äldre och anhöriga/närstående. Den saknar möjlighet att navigera rätt i de snabbt skiftande behoven i hemmet.
- Anhöriga gör omfattande insatser i ensamhet både med direkta hjälp- och stödinsatser och som vård- och omsorgsadministratörer i försök att knyta ihop ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.
- Studien visar på en låg grad av kontinuitet i de många kontakterna (Gurner 2012)

Exemplet Lidköping, teambaserat arbetssätt

Lidköpings kommun är ett intressant exempel på hur ett teambaserat arbetssätt kan byggas upp. I Lidköping underlättas detta av att hemsjukvården är kommunaliserad, men det är ingen nödvändig förutsättning. I januari 2013 genomförde kommunen en omorganisation som innebar att det bildades 10 hemvårdsgrupper med ansvar för ett geografiskt område. I hemvårdsgrupperna arbetar undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och biståndshandläggare i team. Varje hemvårdsgrupp ansvarar för mellan 30 och 130 personer. Hemvården bedrivs i kommunal regi.

Hemvårdsgrupperna ansvarar för hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering. I samband med omorganisationen utökades antalet tjänster som arbetsterapeut och fysioterapeut.

För de personer som är inskrivna i hemsjukvården och inte kan komma till vårdcentralen på egen hand finns en avdelad läkare⁵, som har ett nära samarbete med hemvårdsgruppernas sjuksköterskor. Läkaren gör hembesök och samarbetet ger möjlighet till snabba konsultationer och insatser.

Tanken med hemvårdsgrupperna är att de ska arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt, som innebär att försöka hitta "rätt nivå" för insatserna. Hjälpen ska vare sig vara för omfattande eller för liten. En strategi som kommunen tillämpar är att ge mycket hjälp i början och sedan fasa ut insatserna så snart som

⁵ Läkaren är gemensamt finansierad av de lokala vårdcentralerna.

möjligt. Målet är att omsorgsmottagarna ska kunna leva så självständigt som möjligt och därmed kunna bibehålla sin självkänsla. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter erbjuder träning i hemmet och tränar de funktioner de äldre behöver för att klara vardagen på egen hand. Så snart en vårdtagare klarar en uppgift själv minskas hjälpen.

Hemvårdsgrupperna har ett fast möte varje vecka när de följer upp hur arbetet går. Diskussionerna utgår från de olika vårdtagarnas genomförandeplaner. De arbetar också med kvalitetsregistret Senior alert⁶ som är ett underlag för planeringen av insatserna.

En intervjuad biståndshandläggare berättar att de har korta handläggningstider och arbetar för att göra det möjligt för äldre att skrivas ut från sjukhuset så snart som möjligt. Ett vårdplaneringsteam på sjukhuset förbereder de äldre på att det ska bli en vårdplanering. Så många som möjligt av teamets professioner brukar vara med vid vårdplaneringarna. Tack vare det kan de organisera hemtjänst med mycket kortare varsel än tidigare. Ofta kan de klara att få hem hjälpmedel och ställa upp med personal flera gånger per dag med endast en dags framförhållning.

När en person kommer hem från sjukhuset gör teamet ofta ett gemensamt hembesök. Ibland tar de emot den äldre i porten. Hemvårdsgruppens medlemmar berättade att de från början var oroliga att det inte skulle kännas bra för de äldre när de var så många som kom. Erfarenheterna har visat att de äldre ofta tycker att det är bra. Informationen som de får blir både mer komplett och konkret. Det gör enligt de intervjuade att kunderna blir mer trygga, vilket de tror i sig gör att de äldre efterfrågar mindre hjälp.

Det är arbetsterapeuterna som gör genomförandeplanerna tillsammans med omsorgsmottagaren. Den grundar sig på en bedömning av den äldres funktionsförmåga och är sedan utgångspunkten för vårdpersonalens arbete. Insatserna följs upp senast efter en månad. Då är ofta kontaktmannen med.

Med tanke på att äldre ibland återhämtar sig snabbt fattar biståndshandläggaren oftast beslut som gäller för en relativt kort tid.

Intervjuer med medarbetarna i hemvårdsgruppen som hade varit pilotprojekt och som hade samarbetat under några år, visade att de såg många fördelar med att arbeta i team. De framhöll att

- teamet skapar trygghet både för dem som de vårdar och yrkesmässigt,
- de har korta kommunikationsvägar. De träffas varje dag och behöver inte ringa varandra. Det är lätt för fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor att följa med personalen hem till de äldre,

⁶ Senior Alert är ett kvalitetsregister för riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat avseende risk för fallskador, undernäring, trycksår, inkontinens och munhälsa.

- de olika professionerna lär sig av varandra. De kan snabbt sätta in insatser när det behövs
- det går lätt och snabbt att få hem hjälpmedel,
- de äldre kan vårdas kortare tid på sjukhuset i och med att teamet kan ge kvalificerade insatser i hemmet. Kommunen har inga kostnader för färdigbehandlade personer som är kvar på sjukhus.
- biståndshandläggaren betonade att hon kom närmare vårdtagarna

Den viktigaste effekten av arbetssättet var, enligt teamets medlemmar, att det skapar trygghet för de äldre. De bedömde att deras arbetssätt fördröjer behovet av särskilt boende och även minskar behovet av korttidsboende. De tror också att färre personer vårdas på sjukhus den sista tiden i livet.

Ytterligare en annan effekt enligt de intervjuade var att vårdpersonalen *”lyft sig i sitt arbete, att de har förstått hur viktiga de är”* (Hjalmarson 2014).

Teambaserat arbetssätt är väl inarbetat i västra Skaraborg, under namnet Närvård västra Skaraborg. Dessa verksamheter har på uppdrag av SKL utvärderats av Health Care Management. Utvärderingen visar på ett positivt samarbetsklimat, en arbetskultur som anses vara en av de grundläggande förutsättningarna för att Närvård västra Skaraborg blivit så framgångsrik. En annan viktig faktor är den samsyn och det förtroende som finns i den gemensamma ledningsgruppen. Det mobila arbetet där insatser ges i hemmet är viktigt för teamens målgrupper. Utvärderarna bedömer teamen som kostnadseffektiva, och akutbesök och slutenvård har minskat påtagligt för de patienter som skrivits in i de båda teamen. (HCM 2013).

BISTÅNDSBEDÖMNINGEN

Sammanfattning

Den som söker hemtjänst gör det när hon eller han inte längre klarar sin vardag själv. Biståndsbedömningen är myndighetsutövning som ska vara rättssäker. Den sker ofta vid ett hembesök. På en kort tid ska biståndshandläggaren bilda sig en uppfattning om de önskemål, uttalade och outtalade, som den äldre har, och väga det mot kommunens riktlinjer och budgetramar. Ett biståndsbeslut ska formuleras, tiden att utföra insatserna beräknas, och en beställning gå till den utförare den äldre valt, eller som är ansvarig för det geografiska området. Sedan ska utföraren ta vid i processen – lära känna den äldre, tillsammans med den äldre upprätta en genomförandeplan där den äldres kontaktman, den äldre och kanske en anhörig beskriver hur insatserna ska göras.

Biståndshandläggarrollen står vid ett vägskäl. En väg kan vara att utveckla beslutdelen med detaljerade beslut, med tonvikt på rättssäkerhet. En annan väg kan vara att besluten i högre grad utformas som så kallade rambeslut. Vad som ska göras kan då överlätas till den som beviljas hemtjänst att utforma tillsammans med sin kontaktman i hemtjänsten.

Biståndsbedömningen

För att få bistånd, t.ex. hemtjänst, krävs att den enskilde har ett behov som inte kan tillgodoses på annat sätt (4 kap. 1 § SoL). Biståndet ska tillförsäkra den sökande en skälig levnadsnivå. Det finns inte angivet i lagen vad som avses med ”på annat sätt” eller ”skälig levnadsnivå”. Melin (2004) använder sig av följande definition: *En levnadsstandard som omfattar både vissa grundläggande behov och viss minimikvalitet*. Kommunerna har en betydande frihet att utifrån lokala förutsättningar utforma biståndet och att fastställa vilken nivå som kan anses vara skälig levnadsnivå (Hjalmarson 2014).

En utredning om bistånd ska innehålla tre moment; ansökan, utredning och beslut. Besluten är en form av myndighetsutövning, och går att överklaga. Det som går att överklaga i ett biståndsbeslut är tjänsten som beviljats, men inte t.ex. den tid som hemtjänsten får för att utföra den (Hjalmarson 2014).

Biståndshandläggarna träffar oftast sina klienter vid ett hembesök eller vid en vårdplanering på sjukhus där de i ett samtal och med egna observationer försöker ta reda på vilken hjälp de sökande behöver och vilka förhållanden de har. Både hembesöken och vårdplaneringarna tar i allmänhet mellan en halv och en timma (Lindelöf & Rönnbäck 2004, Nordström & Dunér 2003).

Ett vanligt inslag i biståndshandläggarnas kontakter med de äldre vid hembesök eller vårdplanering är att motivera dem som inte vill ansöka om äldreomsorg, att ändå göra det (Nordström och Dunér 2003). Hellström Muhli (2003), som videofilmade 16 samtal mellan biståndshandläggare och äldre personer

som ansökte om äldreomsorg, fann att bedömningssamtalen innehöll förhandlingar. Behov förhandlades bort eller omförhandlades så att den äldres önskemål kom att passa med kommunens insatser och de riktlinjer som kommunen tillämpade. Det fanns även utrymme att tillföra nya insatser utöver de önskemål de äldre hade haft från början av samtalen.

Att bli biståndsbedömd

Från olika studier framkommer att många äldre som varit med om en biståndsbedömning anser att de har fått ett bra bemötande och värdefull information. Flera studier visar samtidigt att äldre inte alltid uppskattar att bli biståndsbedömda. Det kan ha flera orsaker, bland andra att biståndsbedömningen är svår att förstå, att biståndshandläggarnas funktion inte är känd eller att de som ansöker om äldreomsorg inte känner sig bekväma med den myndighetsutövning som biståndshandläggare utövar – att någon annan ska bestämma vad jag behöver.

Anledningen kan också vara att den äldre vid utskrivning från sjukhus ännu inte har hunnit återhämta sig efter en sjukdom eller ett olycksfall (Hjalmarson & Norman 2004, Rydeman 2013).

I en doktorsavhandling undersökte Janlöv (2006) äldres upplevelser av att vara i behov av kommunal vård och omsorg. Behovsbedömningen visade sig ha en djupare innebörd för de äldre än att enbart få hjälp. De äldre beskrev situationen som att ”nedräkningen” hade börjat. Förlusten av tidigare förmågor orsakade rädsla och oro. De äldre var upptagna av tankar och känslor relaterade till sina upplevelser av att behöva be om hjälp i hemmet och inte så mycket om själva biståndsbedömningen. Många äldre hade svårt att förstå hur själva biståndsbedömningen gick till och upplevde att de inte hade något faktiskt inflytande över beslutet.

Det var vanligt att de kände sig mer eller mindre utlämnade till biståndshandläggarens välvilja och hade även svårigheter att förstå vilka rättigheter de hade att få hjälp. De uppfattade att det var kommunens riktlinjer som bestämde vilken hjälp som kunde ges. Studien visade också att de äldre inte alltid kände delaktighet i behovsbedömningen och att det försvårades av deras psykiska tillstånd (a.a.).

Äldres behov i centrum (ÄBIC)

Socialstyrelsen har arbetat med att utforma metoder för en mer rättssäker bedömning, som tar hänsyn till hela den äldres livssituation. Äldres Behov i Centrum (ÄBIC) är en modell för att bedöma och beskriva äldres behov och insatser på ett nationellt jämförbart sätt. ÄBIC ger en struktur. En majoritet av landets kommuner (för närvarande drygt 240) har påbörjat arbetet med att implementera användningen av ÄBIC. Statliga stimulansmedel utgår till utbildning av processledare.

Modellen ska bidra till att höja kvaliteten genom likvärdig handläggning och bättre möjlighet till insyn och delaktighet för den äldre och anhöriga. Modellen följer ambitionen i nationell strategi för e-Hälsa, och använder nationellt fackspråk med fokus på WHO:s klassifikation ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). ICF ska, är det tänkt, ge en gemensam referensram och terminologi för att beskriva behov och följa resultat (Socialstyrelsen 2014 c).

ÄBIC gör skillnad på insatsstyrd och behovsstyrd handläggning. Målet är att frånga en biståndsbedömning som utgår från en uppsättning bestämda insatser och istället förutsättningslöst se till den äldres behov innan man börjar tänka på hur behoven ska kunna tillgodoses. Beskrivningen av de äldres behov utgör underlag för uppföljning av resultat, måluppfyllelse och kvalitet samt underlag för utförarens planering av genomförandet.

Ett exempel kan vara stöd i måltidssituationen. I stället för att tänka insatsen matdistribution behöver handläggaren gå igenom med den äldre hur han eller hon vill och kan genomföra de olika aktiviteter som hör ihop med måltiderna. Det kan vara att planera inköp, ta sig till affären, bära varor, laga mat, duka fram, äta och diska. En sådan utredning leder till flera olika handlingsalternativ och till att otillfredsställda behov blir synliggjorda.

I modellen finns ett antal identifierade aktivitetsområden enligt ICF, exempelvis kommunikation, förflyttning och personlig vård. Under dessa rubriker finns sedan ett antal områden som är viktiga att beröra i utredningen, exempelvis att tvätta sig, kroppsvård och att sköta toalettbehov.

ÄBIC bygger på att handläggaren i utredningen bedömer det aktuella hälsotillståndet och också formulerar ett mål i form av det avsedda hälsotillståndet. Hur målen formuleras har betydelse för hur insatserna kan följas upp, en meningsfull uppföljning förutsätter mätbara mål.

Ett behovsriktat arbetssätt ställer stora krav på personalen. Att även tillgodoses behov av trygghet, gemenskap och meningsfullhet, som är några av de bakomliggande värden som finns i målen för socialtjänstens insatser till äldre, ställer ännu större krav på kompetens och professionalitet.

Det finns dock olika hinder som försvårar ett sådant arbetssätt. Ett kan vara svårigheten för biståndshandläggaren att tänka om, att låta bli att automatiskt tänka i termer av insatser. Även om det enligt socialtjänstlagen är möjligt att ansöka om vilket stöd som helst så har ändå utvecklingen under lång tid generellt i kommunerna varit att erbjuda en uppsättning färdiga insatser med riktlinjer för vad dessa skall innehålla och hur ofta hjälpen kan ges, och det kan vara svårt att frånga det tänkesättet. Om arbetsbelastningen dessutom är hög kan det vara extra svårt. Ett annat hinder kan vara sparbeting, det vill säga uttalat eller outtalat påbud att minska ner på såväl beviljade insatser som tid för dessa. I sådana lägen är beställaren kanske inte lika angelägen om att verkligen ta reda på vilka behov och önskemål den enskilde har.

Det har inom äldreomsorgen under lång tid talats om vikten av att formulera meningsfulla och realiserbara mål för den beviljade hjälpen, mål som är möjliga att följa upp. Många tycker det är svårt och även detta påverkas av de faktorer som nämnts i föregående stycke. Ambitionen att formulera sådana mål påverkas dessutom av i vilken mån socialtjänstlagens värdegrund förankrats hos biståndshandläggaren. Tillämpas ett rehabiliterande synsätt och finns en tro på att den äldre genom hjälp till självhjälp kan utveckla/bibehålla sina förmågor? Frågar man efter vad som skapar välbefinnande för den äldre?

Ytterligare något som begränsas vid hög arbetsbelastning är biståndshandläggarens utrymme för att följa upp målen för insatserna.

KSI, klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter

Socialstyrelsen har i januari 2015 publicerat klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI), som ska kunna tillämpas inom hela socialtjänsten inkluderande äldreomsorgen. KSI ska kunna användas som ett komplement till ICF, som ÅBIC utgår från. I vilken mån den ska ses som ett komplement eller alternativ till ÅBIC är oklart. Klassifikationen är inte testad. SKL, Famna och Vårdföretagarna har framfört oro över att KSI är omfattande och komplex (Socialstyrelsen 2015 c).

Exempel från Stockholms stad

Stockholms stad inledde ett arbete att se över biståndshandläggningen vid ungefär samma tid som Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att stödja ett införande av ÅBIC. Stadens kartlägnings- och bedömningsinstrument fastställdes i december 2009 av Kommunfullmäktige och gäller alltså för stadens alla beställarenheter. Detta instrument kan sägas ha samma syfte som ÅBIC vad gäller att utreda den enskildes livssituation och att fastställa mål för beviljat bistånd. De livsområden som där lades fast följer i stort sett ÅBIC:s aktivitetsområden, även om inte exakt samma begrepp som de i ICF används. Ett övergripande mål med stadens kartlägningsinstrument är att få en så likvärdig och rättssäker bedömning som möjligt i de olika stadsdelarna.

Planering ska ske tillsammans med den enskilde och det som har betydelse för beslutet om insatser ska dokumenteras. Av dokumentationen bör det framgå vilka mål som gäller för respektive insats och på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planerade och beslutade insatser (Stockholms stad 2010).

Behovsbedömningen skall enligt stadens riktlinjer bygga på *”en helhetssyn där den enskildes situation och möjligheter ska sammanvägas med sociala, medicinska, psykiska och existentiella behov. Valet av insatser ska ske mot bakgrund av den enskildes totala livssituation. Insatserna ska utformas i samråd med den enskilde och så långt det är möjligt tillgodose den enskildes önskemål. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett så självständigt liv som möjligt. Alla åtgärder som kan bidra till detta ska övervägas. För*

äldre med olika former av psykiska funktionsnedsättningar kan det t.ex. vara boendestöd. Övriga åtgärder som kan vara aktuellt att ta ställning till är t.ex. bostadsanpassning, byte av bostad eller tekniska hjälpmedel. I utredning och beslut ska den enskildes resurser och möjligheter att själv delta i göromålen beaktas (Stockholms stad 2010).

Äldreförvaltningen (2010) har gett ut *en metodhandledning för biståndshandläggare inom äldreomsorgen i arbetet med kartläggning och bedömning av behov i den dagliga livsföringen*. Den har liknande utgångspunkter som Socialstyrelsens arbete med ÄBIC.

I de intervjuer som gjorts med biståndshandläggare inom ramen för denna studie framkommer både positiva och negativa erfarenheter. Flera av de intervjuade menade att det tog tid innan de såg fördelarna med det nya kartlägnings- och bedömningsinstrumentet, och att det är tidskrävande. En fördel är att modellen bidrar till att fler aspekter tas med i utredningen vilket är till hjälp vid bedömningen. En annan fördel är att det är lätt att söka efter uppgifter. Alla som söker om äldreomsorg är dock inte så förtjusta över att behöva besvara ett stort antal frågor.

I stort kan sägas att stadens kartlägnings- och bedömningsinstrument uppmuntrar och möjliggör ett sådant arbetssätt som åsyftas i ÄBIC, med den skillnaden att det inte innehåller den systematik som ÄBIC ger vad gäller benämningar, dokumentation och uppföljning av fastställda mål. Stadens modell för biståndsbedömning har inte utvärderats.

Grindvakt eller socialarbetare

Vid seminarier som Äldrecentrum genomförde under 2010 för biståndshandläggare i Stockholms stad redovisades problem som uppstår för biståndshandläggarna när budgetramarna styr mer än de behov de ser hos den äldre som ansöker om bistånd i form av äldreomsorg. Några slutsatser som drogs från dessa seminarier var;

Den ekonomiska situationen i respektive stadsdelsförvaltning var avgörande för vad som i praktiken kom att beviljas de äldre. Några av hindren skulle kunna minimeras med färre antal ärenden per handläggare, mer administrativt stöd, samt att klargöra biståndshandläggarnas uppdrag i staden. Mer tid behövdes också vid möten med de äldre för att även hinna ge all information som handläggarna är skyldiga att ge samt att följa upp biståndsbesluten.

Biståndshandläggarnas roll och funktion behöver tydliggöras. Motsättningar finns mellan att ta hänsyn till budgetramarna (grindvakt) och bedöma äldres behov (socialarbetare). Biståndshandläggarna ska utreda och fatta beslut om det stöd och hjälp pensionären är i behov av – oavsett budgetramar. Om stödet inte går att bevilja måste detta tydliggöras, både för den enskilde och för ledning och politik för att bedöma vad som behöver göras. Om den önskade insatsen inte ryms inom stadsdelens budgetram är det viktigt att det blir ett konkret underlag för prioriteringsdiskussioner. Det är därför angeläget att stadsdelens ledning –

stadsdelsdirektör, äldreomsorgschef och biståndshandläggarchef – ger sin nämnd underlag så att beslut om prioriteringar tas på rätt nivå (Norman 2010).

Intervjuer som gjorts för denna rapport tyder på att problematiken lever kvar. Det förekommer enligt några av de intervjuade att tiden som beviljas skärs ner inte för att behoven förändrats utan för att stadsdelsförvaltningens ekonomi är kärv. Det framkom i intervjuerna med biståndshandläggarna att det är svårt att bli beviljad särskilt boende, och också att få omfattande insatser i hemmet. Intervjuerna visade att kraven de hade att begränsa tiderna ibland krockade med deras värderingar om vad som var rimligt. Flera av de intervjuade sa att det var svårt att avslå en ansökan om särskilt boende med motiveringen att behovet kunde tillgodoses i ordinärt boende, om de sedan inte kunde ge tillräckligt med tid för att hemtjänsten ska fungera (Hjalmarson 2015).

En av de intervjuade berättade att när hon hamnar i en sådan situation går hon till chefen och diskuterar frågan. ”Chefen säger ofta vi testat om det går och sen får vi väl justera om dom hör av sig. Hon överlämnar till utföraren att klaga om det inte funkar”. Den intervjuade sa att det kunde kännas dåligt ibland, ”när man vet att det gäller en väldigt sjuk person”.

Flexiblare biståndshandläggning

Hur omfattande en biståndsbedömning behöver vara för t.ex. de som bara behöver några få timmar per månad har diskuterats. Biståndsbedömningen är myndighetsutövning. Ett beslut enligt 4 kap. 1 § SoL måste fattas. Utredningen behöver dock inte vara mer omfattande än vad som krävs för det beslut som ska fattas.

Som vi sett från såväl nationell statistik som data från SNAC-K får majoriteten av de äldre relativt få timmar hemtjänst per månad. För många kommuner är det naturligt att låta biståndshandläggarna ägna mest uppmärksamhet åt den mindre grupp som har omfattande behov av insatser. Kommunerna har valt olika strategier för att uppnå detta.

En utvecklingslinje för biståndshandläggningen har varit att förstärka och förtydliga biståndets karaktär av en rättighet som prövas genom myndighetsutövning. Här betonas vikten av processuell rättssäkerhet med tydliga biståndsbeslut – den enskilde ska veta vad han/hon har beviljats för insatser.

Den andra trenden handlar om att tona ner myndighetsrollen genom att låta beslut förskjutats från handläggare till utförare. Biståndsbesluten konkretiseras i överenskommelser mellan omsorgspersonal/kontaktmannen och den enskilde som tillsammans upprättar genomförandeplaner för vad som ska utföras samt hur och när insatserna ska ges. Utförarens genomförandeplan får en förstärkt roll (Norman 2007).

Biståndsbeslutet utformas då som mål för insatserna och/eller en ram inom vilken utförare och omsorgsmottagare ska precisera hur insatserna ska utföras och när (”rambeslut”). Vissa kommuner överlåter också till omsorgsmottagarna att

komma överens med utföraren om vad som ska göras. Tiden kan också beställas som en "ramtid", där utföraren får precisera vilken tid olika insatser tar utifrån sin kännedom om omsorgsmottagaren.

Av den enkätstudie fackförbundet Kommunal gjort våren 2015 framgår att fyra av fem av de som besvarat enkäten arbetar efter en detaljplanering där varje hjälpinsats är minutsatt (Dalin m.fl. 2015). En ambition hos flera av de kommuner som beskrivs nedan är att gå ifrån denna form av detaljerade biståndsbeslut och beställningar.

Förenklad biståndshandläggning

Ett begrepp som ofta används är förenklad biståndshandläggning. Det finns dock ingen fastställd definition av vad som avses med detta begrepp.

Myndigheten för vårdanalys (2013) har gjort en nationell genomgång av kommunernas arbete med förenklad hantering av ansökningsförfarandet om hemtjänst med serviceinsatser. Av den framgår att antalet kommuner som tillämpar någon form av förenklat ansökningsförfarande har ökat från 2006 och framåt. Rapporten visar att 2012 tillämpade 150 av landets 290 kommuner enbart traditionell biståndshandläggning. 110 kommuner hade någon form av förenklad hantering.

I 60 av de 110 kommuner som hade en förenklad biståndshandläggning gick det att byta vissa insatser mot en annan insats genom någon form av rambeslut. På så vis kan de som använder sig av tjänsterna påverka innehållet (Myndigheten för vårdanalys 2013).

Motiven för att införa förenklade modeller var att frigöra tid för biståndshandläggarna, göra handläggningsprocessen enklare för omsorgsmottagarna och öka deras inflytande. Det finns ingen forskning som belyst om det faktiskt är så att tid frigjorts, och vad den i så fall använts till.

En form för förenklad handläggning är att tillhandahålla en blankett där den äldre fyller i uppgifter om sig själv och vilken hjälp som önskas. Blanketten granskas av biståndshandläggaren som därmed anses ha fullgjort sin myndighetsroll.

En oro som funnits har varit att om kommunen underlättar att söka hjälp och minskar sin kontroll så skulle det leda till ett överutnyttjande av hemtjänst. Det finns ingen utvärdering eller forskning som stöder att en förenklad handläggning skulle ge sådana resultat. Vanligen används den förenklade handläggningen för serviceinsatser. Vissa kommuner styr genom avgifterna så att det ska vara förmånligare att använda RUT än kommunens hemtjänst för serviceinsatser.

Den tidigare regeringen tillsatte en utredning med uppdrag att bl.a. se över lagstiftningen för att underlätta införande av förenklad biståndshandläggning. Utredningen har dock lagts ned av den nya regeringen, och har ersatts med en parlamentarisk utredning. Det är därför oklart när de legala förutsättningarna kan klaras ut.

Erfarenheter från Stockholm

I intervjuerna som gjorts för denna rapport framkommer en kluven bild av rambeslut och ”ramtid”. Från biståndshandläggarehåll sades att om beslutet inte är detaljerat så kan utföraren låta bli att utföra vissa uppgifter. En erfarenhet som en av de intervjuade hade var att om det bara står personlig hygien i ett beslut kan utförarna säga att munvård står det inget om. *”Hemtjänsten kan då säga till kunden att det har du inte i ditt beslut. Så ring din biståndshandläggare. Det är så fyrkantigt”*. Det var en orsak till att hon föredrog mer detaljerade beslut. En nackdel med rambeslut var enligt flera av de intervjuade att de är svåra att följa upp. *”Hur ska vi veta att kunderna får rätt insatser?”* som en av beställarcheferna uttryckte det.

Samtidigt pekade flera av de intervjuade handläggarna på riskerna med så detaljerade beslut att det inte finns utrymme för det oförutsedda, *”en glödlampa som behöver köpas eller bytas eller en gardinstång som behöver plockas ner. [...] Eller för en dagsform som varierar dag från dag”*.

Hemtjänstpersonalen menade att det är nödvändigt att kunna vara flexibel både med vilka insatser som ska göras och vilken tid de ska ta. *”Vi kommer in i deras hem och ska utföra ett arbete och våra kunder måste få bestämma vad vi ska göra, hur det ska ske”*. En hemtjänstchef formulerade det som att *”Man är tvungen att vara flexibel för att behålla kunden”*. En annan berättade att *”Vi har alltid varit lite flexibla, för det går inte att utföra hemtjänst om man bara utgår från besluten”*.

För äldre med få insatser, som städning och matinköp, finns det dock små möjligheter att omprioritera eftersom dessa tjänster måste ges. Ett större problem, så som det beskrivs i intervjuerna, är att tiden för att utföra insatserna är alltför knapp, och att tiden ofta dras ner vid nyprövning trots oförändrade insatser. Om det inte finns tillräckligt med tid så går det inte att vara lyhörd och flexibel menade de intervjuade.

Det fanns också olika uppfattningar om sättet att mäta tid som Stockholms stad införde 2014 som en del av ett nytt ersättningssystem. En kritik som framfördes var att arbetet blev mindre flexibelt när tiden så tydligt var angiven i beställningen. Ändrade och varierade behov är en del av hemtjänstens vardag. Även om arbetet i en hemtjänstenhet utgår från ett schema där alla insatser är inlagda, händer det något varje dag med en eller flera av kunderna som medför att planerna måste ändras. Det kan ta olika lång tid hemma hos en omsorgstagare beroende av dagsformen. Tar det längre tid är det inte givet att den tiden i efterhand godkänns av biståndshandläggaren. Tar det kortare tid så kan den tiden inte användas för någon annan som den dagen behöver mer tid.

Tider bedömda efter schablon har också svårt att stämma med verkliga personer. *”En del kunder står med handlingslistan i dörren. För andra kan det ta en halvtimme att komma fram till vad som behöver handlas. Då återstår 15 minuter av den beviljade tiden”*.

Samtidigt pekar de flesta av de intervjuade på fördelar med ett system där den äldre beviljas viss tid. Enligt stadens riktlinjer ska omsorgsmottagaren av biståndshandläggaren informeras om den tid som beräknats för de beviljade insatserna. Från att tidigare ha arbetat snabbt för att hinna med många korta insatser, gäller det nu istället för personalen att vara kvar hos den äldre tiden ut. En enhetschef sa *”Det blev kulturkrock med en gång”*, när personalen istället för att arbeta snabbt fick uppdraget att stanna kvar hela den planerade tiden. En annan av de intervjuade cheferna sa *”Innan vi fick personalen att förstå att stanna hela tiden [...] vi har ju haft motsatt målsättning tidigare.”*

Samtidigt som de intervjuade i hemtjänsten ser fördelarna för den äldre med att få ”sin” tid så ser de fördelarna med om tiden i stället skulle beviljas som en ramtid. Några av de intervjuade beskrev situationen som att det var en jakt på minuter. Fokus borde enligt de intervjuade ligga på att pensionärerna får det stöd och den hjälp som de är beviljade. *”Inte den exakta tiden. Det är inte det som är det viktigaste utan hur personen känner sig”*.

Genomförandeplanens roll

Genomförandeplanen kan bli ett viktigt dokument om biståndsbesluten blir mindre detaljerade och utförarna får större ansvar att utforma insatserna tillsammans med de äldre. Genomförandeplaner används i flertalet av landets kommuner, och upprättas för att tydliggöra hur omsorgsmottagaren vill ha sin hjälp utformad. Syften är bl.a. att vara ett hjälpmedel för att insatserna anpassas till den äldre personen och att de utförs på samma sätt oavsett vem som utför dem. Två statliga utredningar (Bemötandeutredningen, SOU 1997:170, och Vårdighetsutredningen, SOU 2008:51) har förordat att genomförandeplaner ska lagstadgas. Så har inte blivit fallet, men Socialstyrelsen förordar att genomförandeplan ska användas för att främja den äldres inflytande och ett målinriktat arbete och har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5).

Att låta genomförandeplanen ha en sådan roll är dock inte oproblemiskt. Hedlund (2014) har studerat genomförandeplaner i en större kommun. En slutsats var att genomförandeplanerna i denna kommun inte beskriver den utförda omsorgen. Planen görs för att det är påbjudet. Vissa planer återger utan preciseringar de insatser som står i biståndsbeslutet, några är så kortfattade att forskarens slutsats var att deras syfte bara kunde vara att manipulera mätningar av hur hög andel omsorgsmottagare som har en genomförandeplan. En del planer hade standardiserade formuleringar, som återkom i plan efter plan, även om de till synes var individuellt formulerade. Några planer var minutiösa i sin detaljbeskrivning – som om alla årets dagar är lika och den äldre vill ha det exakt lika varje dag. Forskaren ställer frågan om omsorgspersonalen verkligen kan möta omsorgsbehovets föränderlighet och behovet av en flexibel omsorg på ett meningsfullt sätt inom ramen för genomförandeplaner (a.a.).

Studien manar till försiktighet i tilltron till att genomförandeplanen är det centrala dokumentet där den äldre kommer överens med utföraren om vad som ska

göras. Varken biståndsbeslut eller genomförandeplan kan hantera det föränderliga, vad den äldre vill ha hjälp med idag. En genomförandeplan kan vara en hjälp för den personal som går till en för henne eller honom helt ny omsorgsmottagare – planen svarar på frågan ”hur gör de andra”. Men planen bör inte låsa, eller ta bort den professionella lyhördheten.

Studiens resultat utmanar den praxis som nu finns, att använda förekomsten av en genomförandeplan som indikator på att den äldre är delaktig i utformningen av insatserna.

Exempel på förenklad biståndshandläggning

I det följande ges först ett par exempel från Stockholm och Göteborg av förenklad biståndshandläggning, därefter exempel på hur valet av insatser överlämnats till den äldre själv i dialog med utföraren av hemtjänsten.

Försök i två stadsdelar i Stockholm

Stockholms stad genomförde ett försök i två stadsdelsområden, Hägersten och Norrmalm med start i november 2004. Syftet var att förenkla handläggningen och ge äldre mer inflytande över vad som ska utföras. Alla personer 80 år eller äldre som bodde i ordinärt boende i dessa båda stadsdelar hade rätt att ansöka om 1 - 4 timmar hemhjälp i månaden, med förenklat biståndsbeslut. Hemhjälpen avsåg serviceinsatser och det var de äldre som bestämde vad som skulle göras.

I stort sett samtliga äldre som intervjuades upplevde att kontakterna med biståndshandläggarna var smidiga. Ansökningen hade varit enkel. Det förenklade förfarandet var enligt flera av de intervjuade tillsammans med möjligheten att bestämma vad som skulle göras, avgörande för att de ansökte. ”*Det är bättre så här än med stora förhör*” som en av de intervjuade beskrev den förenklade ansökan.

Det fanns en oro för att den förenklade handläggningen skulle leda till en över efterfrågan av hjälp. Slutsatsen som drogs i utvärderingen var att man inte söker hjälp i onödan. En annan erfarenhet var att omsorgspersonal såg en orättvisa i att de som hade lite hjälp fick välja vad som skulle göras, medan de som hade mycket hjälp inte hade den möjligheten – för dem gällde att omsorgspersonal bara fick utföra det som stod i biståndsbeslutet. Projektet avslutades i oktober 2005 i avvaktan på vidare politiska beslut (Hjalmarson 2006).

Erfarenheter från Göteborg

Under 2005 och 2006 prövades den så kallade Askimsmodellen inom hemtjänsten i Askim i Göteborg. Syftet var att ge de äldre invånarna ökad valfrihet, större självbestämmande och ett direkt inflytande över de serviceinsatser som de blev

beviljade. Syftet var också att ta tillvara personalens kompetens och engagemang och förbättra arbetsmiljön genom att bland annat utveckla och renodla nya yrkesroller.

Projektet innebar att förenklad biståndshandläggning infördes för serviceinsatser. Ansökan gjordes på en blankett och de äldre fick, utifrån antalet beviljade timmar, välja serviceinsatser från en ”servicemeny”. Samtidigt omorganiserades hemtjänstarbetet i två olika inriktningar, service och omsorg.

En utvärdering av projektet (Löfström 2007) berörde de juridiska aspekterna av förenklad biståndsbedömning, om vårdtagarna upplevde att de fick större valfrihet och självbestämmande och hur det var att använda servicemenyn. Utvärderingen beskrev även personalens erfarenheter av de renodlade yrkesrollerna och hur samverkan mellan de olika teamen och även med hemsjukvården utvecklades.

Utvärderingen visade att biståndshandläggarna var positiva till projektet. De ansåg att vårdtagarna fick större inflytande och att de beviljade insatserna utfördes i större utsträckning än tidigare, som en följd av att hemtjänsten delades i olika arbetsgrupper för service och omsorg. Deras upplevelse var att servicetjänsterna tidigare hade fått stå tillbaka.

Utvärderingen visade vidare att projektet inte förändrade vilka tjänster som de äldre valde. Städning, tvätt och inköp var fortfarande de vanligaste insatserna. Istället hade möjligheten att välja påverkat hjälpens innehåll, när hjälpen skulle utföras och av vem. Vårdtagarna uppskattade att själva kunna bestämma till exempel hur ofta städningen skulle göras.

Utvärderingen visade också att de som hade hemtjänst i Askim i hög grad upplevde trygghet med hemtjänsten och att de hade inflytande. Något som ”*i sig verkade leda till en upplevelse av valfrihet*” (a.a.).

Personalens upplevelse av den förändrade organisationen av hemtjänst med renodlade yrkesroller var mer blandad. De undersköterskor som arbetade i omsorgsteamet var mer nöjda än de som arbetade med service. De upplevde också att deras status hade ökat. De var eniga om att syftet med omorganisationen ännu inte riktigt hade uppnåtts.

Med tanke på det förväntade framtida scenariot att fler äldre bor hemma oavsett hjälpbehov var författarens reflektion över projektets resultat att kommunerna borde satsa på personalens kompetens och engagemang. ”*Det krävs kompetent personal som trivs med sitt jobb för att vårdtagarna ska känna trygghet genom att bli bemötta med respekt och utifrån egna behov*” (a.a.).

Projektet attraktiv hemtjänst

Projektet kan anses ha fått en fortsättning i den modell Göteborgs stad beslutat att införa med start 2015. Det övergripande målet är att de äldre ska få ökat inflytande och självbestämmande, samtidigt som det ska bli mer attraktiva jobb för personalen. Omsorgsmottagarna ska kunna förfoga över beviljade hemtjänsttimmar. Biståndsbeslutet ska utformas som ett rambeslut och uttrycka en

sammanfattande bedömning av biståndsbehovets omfattning utan att det bestäms i detalj och minut. När ett övergripande biståndsbeslut är taget ska det konkretiseras i en genomförandeplan i samråd mellan omsorgsmottagaren och dennes kontaktman. Biståndshandläggarna ska arbeta enligt ÄBIC. Biståndshandläggarna ska förvissa sig om att den enskilde har förstått beslutet, har möjlighet till delaktighet och inflytande samt är tillfreds med resultatet. På så sätt ska den enskildes rättssäkerhet tillgodoses.

Det föreslagna arbetssättet innebär ett ökat ansvar och utvecklande av kompetens för personalen i hemtjänsten vilket Göteborgs stad räknar med ska stärka yrkets attraktivitet. För att genomföra det nya arbetssättet föreslås en ny befattning, kallad *metodhandledare*, som stödjer enhetschefen i den vardagliga arbetsledningen och verksamhetsutvecklingen. Befattningen ska skapa nya karriärvägar för undersköterskor (Göteborgs stad 2013).

Försök med att insatser utformas av utförare och omsorgsmottagare

Försök i Vantör, Stockholm

I Vantörs stadsdelsförvaltning genomfördes från augusti 2005 och hela 2006 ett försök med en ny arbetsmodell för beställare och utförare. Modellen innebar att biståndshandläggarna beviljade insatser i s.k. huvudbegrepp såsom ledsagning, trygghetslarm och avlösning, service (t.ex. tvätt, städ, inköp) mathållning samt omvårdnad (dusch, personlig hygien, social kontakt). Därefter (inom 14 dagar) preciserade omsorgspersonal/kontaktman tillsammans med omsorgsmottagaren en överenskommelse om innehållet i hjälpen inom de huvudbegrepp som var beställda och tillsammans upprättades en genomförandeplan som beskrev vad som skulle göras och hur, samt omfattningen (antal gånger/dag eller vecka) av insatserna. Omsorgspersonal kunde tillsammans med omsorgsmottagaren utöka alternativt minska insatserna inom respektive huvudbegrepp. I modellen ingick även att den enskilde skulle få möjlighet att påverka när och hur hjälpen utfördes samt att kunna byta en insats mot en annan. Insattiden skulle även kunna sparas för att tas ut vid ett annat tillfälle inom en månad.

Projektet belyser det viktiga samarbetet mellan omsorgspersonalen och biståndshandläggaren. De olika yrkesgruppernas kunskaper lyftes fram och kompletterade varandra i arbetet med att utreda och tillgodose omsorgsmottagarnas behov inom de befintliga resurserna. Resultatet visade att omsorgspersonal, biståndshandläggare och enhetschefer hade positiva erfarenheter av arbetsmodellen och såg vinster både för brukarna och för de olika professionernas del (Norman 2007). Projektet avbröts på grund av att stadens jurister bedömde att den preliminära biståndshandläggningen inte uppfyllde lagens krav.

Linköping, modell som prövar lagstiftningen

För drygt 20 år sedan började Linköpings kommun förmedla serviceinsatser till äldre med serviceavtal istället för biståndsbedömning. Numera görs en förenklad biståndsbedömning även för omsorgsinsatser.

Syftet med Linköpings modell att förmedla hemtjänst är att ge de äldre större beslutanderätt och därmed också ökat inflytande över sin vardag. Ett annat syfte är att förenkla administration och minska dubbelarbete, att både biståndshandläggare och utförare parallellt inhämtar uppgifter om de äldre som behöver hemtjänst för att kunna besluta respektive utforma insatserna.

Linköpings kommun erbjuder alla som är 75 år eller äldre upp till sex timmar ”boservice” per månad utan traditionell biståndsbedömning. De insatser som ingår i boservice är städning, tvätt, inköp, matlåda och trygghetslarm. Omsorgsmottagaren kontaktar utföraren direkt för att beställa tjänsterna och dem emellan ingås ett serviceavtal. Serviceavtalet går inte att överklaga. Avsikten med avtalet är att förenkla för omsorgsmottagaren, minska administrationen för kommunen samt frigöra resurser som istället kan användas till information och uppföljning.

Vid ansökan om personlig omvårdnad gör omsorgsmottagare och utförare tillsammans en genomförandeplan utifrån den så kallade ADL-trappan som fångar behovet av hjälp i vardagen. Med den gemensamma bedömningen som grund skrivs ett serviceavtal som skickas till biståndshandläggaren för ett formellt beslut enligt 4 kap. 1 § SoL. Handläggaren kontaktar omsorgsmottagaren och följer upp att insatserna verkställts. Ett sådant beslut går att överklaga.

Linköpings kommun tillämpar inga schabloniserade tider för hur lång tid till exempel en dusch får ta eller hur ofta en person kan få hjälp med att duscha. Det är den enskilde pensionären och utföraren som tillsammans kommer överens om hur omfattande hemtjänsten ska vara, angett i ett antal timmar. Hemtjänstutförarna ersätts med det antal timmar som serviceavtalet eller biståndsbeslutet anger. Kommunen använder inga system för tidsregistrering.

Kommunen anser att det förenklade sättet att ansöka om hemtjänst innebär att kommunen kan ha fokus på att de äldre får sina behov tillgodosedda istället för att inleda en utredning, och att det bidrar till att ”myndigförklara medborgarna”. Enligt kommunen upplevs ansökningsförfarandet som enkelt både av de äldre och av utförarna och kommunens administration har förenklats. Det har inte gått att påvisa vare sig någon ökad efterfrågan eller högre kostnader (Hjalmarson 2014).

Linköpingsmodellen ger också vårdpersonalen en annan roll i hemtjänsten i och med att de är med och planerar de individuella insatserna. Personalen får en mer kompetent roll i förhållande till kunden och kan utan att fråga någon överordnad ändra på de tjänster som den äldre vill ha (Henriksson & Önstorp 2006).

Rättslig prövning av Linköpingsmodellen

Tillsynsmyndigheterna har haft synpunkter på att Linköpings kommun ingår serviceavtal och beviljar hemtjänst med förenklad biståndshandläggning. Våren 2012 gjorde Socialstyrelsen en tillsyn av myndighetsutövning inom äldreomsorgen i Linköpings kommun som resulterade i krav på åtgärder som kommunen skulle vidta. Socialstyrelsen framhöll att det är kommunen som ska utreda behoven och att det strider mot gällande lagstiftning att överlåta myndighetsutövningen till utförare vilket Socialstyrelsen bedömde att Linköpings kommun gjort. Linköpings kommun angav i sitt svar till Socialstyrelsen bl.a. att *”det underlag som utföraren bistår med jämföras med andra intyg som kan inhämtas som en del av handläggningen av en ansökan”*.

I september 2013 begärde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ett kompletterande yttrande och ville veta om Linköpings kommun hade förändrat handläggningen av insatser inom äldreomsorgen eller om biståndsbesluten fortfarande *”grundar sig på utförarens utredning och bedömning av behoven”*. Linköpings kommun svarade att kommunen fortfarande tillämpade en handläggning som grundar sig på brukarens önskemål om hjälpinsatser och stöd och att brukaren och utföraren tillsammans gör en skattning av ADL. Kommunen framhöll att alla som ansöker om hemtjänst har möjlighet att få sin ansökan prövad med traditionell biståndshandläggning.

I december 2013 beslutade IVO med stöd av SoL 13 kap 8 § att förelägga Linköpings kommun att senast den 17 mars 2014 vid vite om en miljon kronor säkerställa att *”Det är socialnämnden som utreder behovet av insatser inom hemtjänsten och fattar beslut”*. IVO godtog inte Linköpings kommuns uppfattning att genomförandeplanen går att jämföra med ett intyg som kan ingå i en biståndsutredning. Istället ansåg IVO att Linköpings modell för att ansöka om hemtjänst innebär *”att det finns en risk att den enskilde endast har informerats om det som utföraren anser sig kunna erbjuda utan att de faktiska behoven har blivit utredda”*.

Linköpings kommun överklagade beslutet till Förvaltningsrätten i Jönköping.

I förvaltningsrätten anförde Linköpings kommun att socialnämndens beslut om hemtjänstinsatser med personlig omvårdnad för personer 75 år eller äldre motsvarade både socialtjänstlagens och förvaltningslagens krav. Det är enligt kommunen inte reglerat hur omfattande en utredning ska vara utan upp till varje myndighet att avgöra. Utförarens roll är att hjälpa den sökande att fylla i ansökan och informera om vad de olika insatserna innebär. Kommunen framhöll att det finns en risk att underskatta de enskildas förmåga att själva kunna avgöra sina behov. Kommunen hänvisade också till LOV som framhåller vikten av att invånare som använder olika välfärdstjänster själva ska kunna ha inflytande. Vidare hävdade kommunen att de inte ansåg att kommunens modell innehåller några incitament för utförarna att begränsa de insatser som de äldre ansöker om eftersom de får ersättning för ett visst antal timmar (Förvaltningsrätten 2015).

I skälen för förvaltningsrättens avgörande anges bl.a. att det är socialnämndens ansvar att se till att en utredning blir så fullständig som möjligt som underlag för beslut. Förvaltningsrätten hänvisar till ett JO-beslut (JO:s ämbetsberättelse 2001/2002 s. 250) där JO anför att ”Beredningen av och beslutet i ärendet måste i princip anses utgöra oskiljaktiga delar av samma förvaltningsuppgift ... Det är därför inte möjligt för socialnämnden att till t.ex. ett bolag överlämna en uppgift att utföra utredningar enligt 50 § socialtjänstlagen”.

Förvaltningsrätten redovisar i sin bedömning ”att biståndshandläggare grundar sitt beslut på de handlingar som utföraren tillsammans med den enskilde upprättar samt på samtal med den enskilde som genomförs för att säkerställa att det är dennes vilja som kommit fram i ansökan. Förvaltningsrätten konstaterar att det faktiska utredningsarbetet läggs över på utförarna. Enskilda får därmed inte sina individuella behov utreda och bedöma i enlighet med gällande lagstiftning. Genom denna handläggning överlåter kommunen delar av sin myndighetsutövning på utföraren. Stöd för detta finns inte i lag. Detta utgör allvarliga missförhållanden som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser som de har rätt till (a.a.)”

Förvaltningsrätten konstaterar att IVO haft fog för sitt beslut och avslår Linköpings kommuns överklagande. Linköpings kommun har ansökt om prövnings-tillstånd hos Kammarrätten.

Uppsala har begränsat området för rambeslut

Valfrihet och rambeslut införs

Uppsala kommun införde 2008 eget val inom hemvården och beslutade då också om en förenklad biståndsutredning, så att den enskilde skulle kunna vända sig direkt till en utförare för att få ansöka om de insatser han eller hon var i behov av. Beslut om bistånd skulle fattas som rambeslut i fyra tidsnivåer (0 -10, 10,1-60, 60,1-100, 100,1- timmar per månad). Ett motiv var bl.a. att en stor del av biståndshandläggarnas tid lades på utredningsarbete och att endast en försvinnande liten del av besluten var avslag. Tanken var att förenklad handläggning skulle minska tiden som lades på utredning, omprövningar, avstämningar av utförd tid och justeringar. Den frigjorda tiden skulle läggas på att ge objektiv information om utförarna och på uppföljningar av beviljade insatser och att den enskilde fick sina behov tillgodosedda.

Bsluten skulle tas i form av rambeslut som angav hur mycket tid som högst kommer att ersättas för insatserna. Alla beslut, även om service, skulle vara biståndsbeslut. Tidstaket för rambeslut om serviceinsatser lades vid 10 timmar. Tidstaken för rambeslut avseende personlig omvårdnad lades vid 10, 60, 100 och 100+ timmar per månad.

Maxtaxa uppnåddes redan vid sju timmars hjälp. I tjänsteutlåtandet 2008 framförs som en farhåga ett gemensamt intresse för brukare och utförare att öka tidsinsatsen. Genom tidstaken och att all utförd tid registreras elektroniskt bedömdes det som att det fanns en kontrollfunktion.

Reducering av förenklad handläggning

År 2012 förändrades den förenklade handläggningen. Kommunen införde en begränsning så att förenklad handläggning bara fick användas upp till 7,5 timmar per månad och ”*avse städ, tvätt, inköp och matleverans. Alla andra insatser ska enligt kontorets förslag beviljas genom traditionell handläggning. Bäddning och social samvaro är därmed serviceinsatser som ligger kvar inom godkännandet för serviceföretag men som inte omfattas av förenklad handläggning.*”

Orsakerna till förändringen var kostnadsökningar som var svårkontrollerade. Antalet hemtjänstmottagare och utförda timmar ökade. Av PM från november 2011 framgår att ”*Ökningen förklaras till stor del av att fler personer i åldern 65-79 erhåller social samvaro beviljad och utförd från samtliga företag, dock främst serviceföretagen. Det ökade antalet timmar som utförs av företag förklarar sannolikt varför social samvaro utförd av den ideella sektorn (t ex promenader och utevistelse) kraftigt har minskat under de senaste åren. Tanken bakom den förenklade handläggningen var inte att företag som får betalt för utförd tid skulle överta den ideella sektorns roll. Tanken var heller inte primärt att förhållandevis unga personer skulle erbjudas ett stort antal timmar social samvaro.*”

Förändringen ledde inte till några mer omfattande protester varken från omsorgsmottagare eller utförare. Ett antagande från de två tjänstemän i kommunen som intervjuats är att de äldre inte gör någon skillnad mellan om det är en biståndshandläggare eller en hemtjänstchef som gör utredningen. Ändringen innebär inte någon stor förändring för de som ansöker om hemtjänst enligt deras erfarenhet. En strävan är att det ska vara ett förtroendefullt samarbete mellan biståndshandläggare och utförare i bedömningen av vilka insatser som behövs och vilken tid det tar att utföra dem.

Ersättningsystemet

Vid införandet av förenklad handläggning infördes också tidsnivåbedömningar, men utförarna debiterade enligt utförd tid, som mäts elektroniskt. Antagandet var ”*att ingen brukare skulle ansöka om fler timmar än vad den sökande var i behov av. Antagandet baserades på erfarenheter från andra kommuner. Eftersom en ökning av antalet utförda timmar (inom en nivå) bestäms i dialog mellan företaget och brukaren gör kontorets biståndshandläggare idag [när PM skrevs 2011] ingen automatisk bedömning av hur väl antalet timmar svarar mot den sökandes behov. Kontoret kan dock konstatera att utökningar inom nivåerna är en förklaring till att antalet utförda timmar ökar.*” I PM konstateras ”*Kontoret har kunnat konstatera att debitering ofta sker utöver den biståndsbeslutade tiden, men inom nivåbeslutet (dvs att utförd tid överstiger 100 procent beviljad tid). Kontoret har vidare kunnat konstatera att det finns skillnader mellan olika företag när det gäller denna fråga. Vissa företag utför väsentligt fler timmar än vad som beviljats för ett stort antal kunder medan förhållandet är ganska ovanligt hos andra företag.*”

På samma sätt konstaterades att vissa företag debiterade betydligt högre andel ”bomtid” än andra företag, och det hände att ”bomtid” redovisades trots att kunden hade av sagt sig insatser i förväg.

I december 2011 beslöt äldrenämnden i Uppsala bl.a. att höja ersättningsnivåerna så att de också inkluderar ersättning för ”bomtid” samt att införa en bestämmelse som innebär att företag inte får fakturera fler än antalet beviljade timmar, och att samtidigt ta bort nivåerna.

Helsingborg, rambeslut och förenklad biståndsutredning

Rambeslut

Helsingborg har sedan början av 2000-talet använt sig av rambeslut för personlig omvårdnad. Biståndshandläggaren beviljar hemvård som ett rambeslut. Bedömningen talar om vilka insatser som är aktuella i samband med att hemvård beviljas. Ändrar sig sedan behovet så utformar den enskilde tillsammans med utföraren insatserna. Den enskilde har frihet att tillsammans med utföraren sätta in andra insatser än vad som framgår av bedömningen inom ramen för det uppdrag som utföraren har (hemvård).

Den äldre kan välja mellan kommunens hemtjänst och ett hemtjänstföretag (Attendo). De erbjuder en samlad hemvård, med sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och undersköterskor. Den äldre och utföraren utformar när och hur ofta insatserna ska ges och hur lång tid som behövs. Om inte den enskilde och utföraren är överens ska ärendet komma tillbaka till biståndshandläggaren som gör en bedömning.

Den äldre har således frihet att i dialog med utföraren välja insatser. Utföraren kan utföra fler eller färre insatser än vad som framgår av beslutet, och förväntas anpassa tiden till vad som är lämpligt för den enskilde äldre. Ersättningen förändras inte utan ges utifrån det rambeslut som fattats. Helsingborgs kommuns erfarenhet är att utförarna inte missbrukar denna frihet till att ge färre insatser eller utföra dem för fort. En del hemtjänstenheter är tvärtom generösa, bl.a. med att bistå vid aktiviteter, men de får inte mer betalt för det.

Biståndshandläggaren följer en gång per år upp hur insatserna ges och att den äldre får den omsorg som krävs. Kommunen gör också granskningar, och har då inte kunnat se att utförarna drar ner på insatser eller tid.

Utförarna är i huvudsak nöjda med modellen med rambeslut, men kan uppleva det besvärligt med t.ex. anhöriga som vill att utförarna ska göra mer. Utföraren kan då inte hänvisa till biståndshandläggaren eftersom det ligger inom rambeslutet att kunna göra fler insatser än vad som framgår av biståndsbeslutet. Dock kan den äldre om han eller hon inte är enig med utföraren alltid vända sig till biståndshandläggaren för att få ett nytt beslut.

För biståndshandläggaren är flexibiliteten en fördel. De slipper ständiga diskussioner med utförarna om ändringar i beslutet. ”*Om vi beslutar i varje detalj*

riskerar vi ju att bara bli en beställningscentral och hinner inte med något annat” menar utredaren vid vård- och omsorgsförvaltningen.

Kommunen har gjort en förändring i sin modell med rambeslut för personlig omsorg, när avlösning och dagverksamhet lades utanför rambeslutet i april i år. Orsaken var att en del utförare inte i tillräcklig omfattning erbjöd sina omsorgstagare avlösning.

Förenklad biståndsutredning

Serviceinsatser såsom städning ges normalt sett av andra utförare än de hemtjänstenheter som svarar för hemsjukvård och omsorg. En orsak är att kommunen vill prioritera insatser av undersköterskor till de som behöver omsorg och inte använda underskötersketid till städning och annan service. Den som behöver serviceinsatser från en enhet som svarar för personlig omsorg kan dock få det. Det kan gälla personer med psykisk funktionsnedsättning eller demenssjukdom.

Hemservice med maximalt åtta timmar per månad kan ansökas om av alla som fyllt 67 år. Ansökan sker via en blankett, där den äldre ska motivera varför han eller hon behöver ha hjälp med serviceinsatser. Om den äldre behöver mer än åtta timmar görs en formell biståndsutredning.

Det finns många utförare som erbjuder serviceinsatser. När den förenklade handläggningen infördes fanns en farhåga att det skulle bli en överefterfrågan på städhjälp. Kommunens erfarenhet är att så inte har blivit fallet. *”Man söker inte om man inte har behov. Vi har mer problem med de som behöver hjälp men inte tar emot”* berättar vård- och omsorgsförvaltningens utredare.

Landskrona, beställning i nivåer

Landskrona inledde, med genomförande 2014, ett förändringsarbete med följande målbild

- Brukaren i fokus – nöjda brukare
- Balans mellan kvalitet och ekonomi
- Ökad frihetsgrad för brukare-utförare
- Rehabiliterande förhållningssätt

En del i detta var att den äldre skulle få mer inflytande över sin hjälp. Tidigare hade Landskrona stad exakta biståndsbeslut som reglerade insatser ”ner på femminutersnivå”. Varje minut skulle utförarna utföra. Från 2014 har ett nytt arbetssätt introducerats, där både biståndshandläggare och utförare ska arbeta enligt ÄBIC;

Bedömningen omfattar de insatser handläggaren anser att brukaren behöver, alternativt de insatser denne ej behöver, och hur utföraren ska tillgodose brukarens behov. Det är en bakgrund som utföraren får som underlag för sin genomförandeplan.

Beslutet sker i kategorier, d.v.s. ett beslut där insatserna är indelade utefter service, personlig omsorg, aktivitet, enklare matlagning, avlösning samt handräddning vid egenvård.

Detta indelas i tre block utifrån omfattningen av behoven;

- block 1: lågt behov av service, omsorg och omvårdnad
- block 2: block 1+ utökat behov av omsorg och omvårdnad
- block 3: block 1+2 och omfattande behov av omsorg och omvårdnad.

Beställningen sker i nivåer. Nivåerna är ett timintervall, och är indelade i de tre blocken.

”Vi har lämnat ifrån oss en del av makten från myndighet till brukare och utförare” beskriver stadens uppdragschef denna process. Landskrona stad gör dock alltid en individuell bedömning och följer upp insatserna. Utförarna beskriver enligt henne detta som flexibel hemtjänst och brukarstyrd organisation.

Genomförandeplanen ska undertecknas av brukare och utförare, och inom 14 dagar sändas till handläggaren. Skulle brukare och utförare inte bli överens så fattar handläggaren ett detaljerat biståndsbeslut. Detta har enligt uppdragschefen hänt någon enstaka gång. Genomförandeplanen ska stämma med vad som beviljats.

Landskrona stad har samtidigt gjort om och förenklat sitt ersättningssystem. Ersättningen ges i nivåer, men staden mäter utförd tid, som också är grund för den avgift den äldre ska betala. Stadens bedömning är att det förändrade systemet för biståndsbedömning, ersättning och uppföljning inneburit besparingar samtidigt som flexibiliteten för hemtjänstens personal inneburit en bättre kvalitet.

Två kommuners sätt att organisera hemtjänsten mer flexibelt

Skönsmon i Sundsvalls kommun

I Skönsmon har Sundsvalls kommun prövat att hemtjänstpersonalen får ta ansvar för helheten. Kontroll av medarbetarna och det arbete de utför ersattes enligt förvaltningsledningen med tillit och lyhördhet. Personalen fick mandat att själva planera arbetet, ta fram nya arbetssätt och ansvara för rekryteringen av vikarier. Vägledande var att arbetet skulle utformas utifrån vad som är viktigt för omsorgsmottagaren, vara värdeskapande. Allt annat skulle så långt möjligt utmönstras. Ett medel var att göra ett tjänstgöringsschema med högsta möjliga personalkontinuitet, eftersom det var viktigast för de äldre. Personalen fick fria händer inom ramen för lagar och avtal. Helt gick det dock inte att förverkliga då det gav långa och opraktiska arbetspass. Omsorgsmottagarnas behov lades också till grund för dagsplaneringen. Tidigare var det den beräknade tidsåtgången för de beviljade insatserna som styrde, men nu fick personalen möjlighet

att anpassa sig efter den enskilde omsorgsmottagarens individuella behov och önskemål. Genomsnittligt sett avvek inte dagsplaneringen från tidsschablonerna, men det nya arbetssättet medgav att ta hänsyn till variationen mellan äldre och att det kan variera olika dagar hur behovet hos den enskilde äldre ser ut (Swan & Blusi 2013).

I stället för att fokusera på vilka insatser som skulle göras och vilken tid som var bedömd fick personalen ”*använda sina sinnen, ögon och öron och vara närvarande med kunden, för att på bästa sätt möta och tillgodose dennes behov*”. En kommentar från en intervju med en personal lyder ”*Det är roligt att gå till jobbet när man kan planera jobbet med sina kunder och jag känner dem! Jobbet blir bättre utfört*” (a.a.).

Jönköping

Med inspiration från bl.a. Falu kommun provade Jönköpings kommun under namnet Projekt personlig service (PPS) att ge förutsättningar för ökat brukarinflytande. Modellen provades ursprungligen i fyra kommuner (Falun, Karlstad, Kristianstad och Norrtälje åren 2002-2004) på initiativ av sju handikapporganisationer och med inriktning på unga personer med hemtjänst. Projektet i Jönköping riktade sig till äldre personer och utvärderades 2008 av FoU-enheten i Jönköpings län efter det första projektåret. Utvärderingen visade att det fanns ett fungerande samspel mellan omsorgsmottagaren och personal, något som torde ha varit fallet redan före projektstart. Omsorgsmottagarna hade därför inte upplevt så stora skillnader, och trots en omfattande information hade projektets idé inte nått ut. Det innebar att omsorgsmottagarna endast i begränsad omfattning använt sig av den frihet och de valmöjligheter projektet innebar. Många i personalgruppen uppskattade projektet och ansåg att det ledde till en ökad variation i arbetsuppgifter. De hade arbetat så tidigare, det nya med PPS uttryckte de som att det nu var tillåtet att vara lyhörd för den äldre, att det var legitimt att avstå från regler för hur en viss insats skulle utföras och göra något extra eller annorlunda (Persson 2008).

ATT VÄLJA HEMTJÄNST

Sammanfattning

Att kunna ha kontroll även när man är beroende av andra för att klara sin vardag är viktigt. För den som har hemtjänst kan det handla om att kunna påverka vem som kommer hem till en, när denne kommer, vad den ska hjälpa en med och hur. En del i detta är att genom så kallat kundval kunna välja vilket företag som ska utföra hemtjänsten åt en – och kunna välja bort det företag som inte svarar upp mot ens önskemål. Särskilt denna ”exit-möjlighet” uppskattas av flertalet hemtjänstmottagare, även om de vanligen inte utnyttjar möjligheten. Valfriheten påverkas också, som vi sett, av hur biståndsbesluten utformas, liksom hur lyhörd utföraren är för den äldres önskemål.

Biståndshandläggarna har ett tydligt uppdrag att vara konsumentvägledare, vilket är särskilt viktigt om det är många utförare att välja mellan, eller om den äldre har någon form av kognitiv nedsättning eller av andra skäl har svårt att välja.

Socialtjänstlagens värdegrund om att påverka insatserna

Genom ett tillägg i socialtjänstlagen 2011, ”*Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges*” (5 Kap. 5 § tredje stycket; Lag 2010:427), har riksdagen tydliggjort att det också finns en önskan att omsorgsmottagarna ska ha inflytande över de insatser som ges. Syftet är enligt regeringens proposition främst ”*att underlätta äldre personers inflytande över genomförandet av de beslutade insatserna*”. ”*Utifrån biståndsbeslutet om insatserna bör det finnas utrymme för att genomföra insatserna i samtal mellan den äldre personen och personalen som ska utföra den. Ett sådant arbetssätt ger äldre kvinnor och män större inflytande över insatsernas innehåll såväl som över hur och när de utförs*.” Genom ändringen i paragrafen förtydligas ”*att den enskildes önskemål ska beaktas*.” Vidare att biståndsbeslutet inte behöver ”*lägga fast exakt vilka insatser som ska utföras vid vissa bestämt angivna tider. Den enskilde bör ha möjlighet att välja att en viss insats t.ex. städning ska utföras vid ett senare tillfälle*” (Prop. 2009/10:116).

Det finns ännu inga utvärderingar som visar effekterna av denna lagändring. I kapitlet om biståndshandläggning redovisade vi de ännu begränsade legala förutsättningarna att införa mer flexibla biståndsbeslut.

Att välja är att bevara kontrollen över sin vardag

Det är viktigt att bevara kontrollen över vardagen trots behov av hjälp (Wikström 2005). I detta ingår att få välja vem som kommer hem till en, när denne ska komma och vad denne ska göra.

Personer som tillhör LSS personkrets och har personlig assistans har denna möjlighet att påverka hjälpens vad, när och hur. I de kundvalsmodeller som finns inom äldreomsorgsområdet är de äldres valfrihet betydligt mer begränsad. De assistansberättigade kan välja inte bara vem som ska vara *arbetsgivare*, utan också *vad* de vill ha hjälp med, *när* och *hur* hjälpen ska ges samt *vilken person* som ska utföra insatsen. Valfriheten för äldre i kundvalsmodeller är i allmänhet begränsad till ett val mellan olika utförarorganisationer, och gäller inte hjälpens innehåll eller personer som faktiskt ger hjälpen (Szebehely 2011). Kundvalet är ett första, men således ett begränsat, steg mot att ge omsorgsmottagaren inflytande.

Brukare vill typiskt sett ha valfrihet över vad som ska utföras och hur ofta, snarare än vem som ska göra det. I den meningen kan valfrihetsreformen i någon mening upplevas som missvisande. Verklig valfrihet gäller först när brukarna får bättre inflytande över vilka tjänster som ska ingå i hemtjänsterbjudandet (Lundvall 2012).

Vad man kan få hjälp med är en fråga för myndighetsutövning, biståndsprövning enligt socialtjänstlagen. Lagen om valfrihet, LOV, påverkar inte hur myndighetsutövningen utförs, inte heller hur utföraren planerar sitt arbete. Indirekt kan LOV dock antas öka möjligheten att påverka vem som kommer och vad som görs. Vetskapen finns hos utförarna att för att få det goda rykte som krävs för att få nya omsorgsmottagare måste de vara lyhörda för omsorgsmottagarnas önskemål.

Ett par svenska studier anger att mellan 40 och 50 procent av brukarna själva valt sin utförare, men även högre siffror har angetts (Edebalk & Svensson 2005). I övrigt har brukarna i stor utsträckning haft hjälp av anhöriga eller gode män och i vissa fall också av biståndshandläggare (Edebalk 2011).

Få byter utförare. Enligt en studie rör det sig om tre procent som under ett år byter utförare (Svensson & Edebalk 2010). Ytterligare en procentenhet tvingas byta eftersom utföraren upphört med sin verksamhet. Edebalk påpekar också att kommunerna genom att ge brukaren möjlighet att byta överlåter en del av kvalitetsuppföljningen till den enskilde brukaren. För äldre hemtjänstmottagare med stora omvårdnadsbehov kan man ifrågasätta om denna s.k. exit-kanal verkligen stärker brukarens inflytande menar Edebalk (2011).

Kontinuitet är en viktig kvalitetsfaktor för äldre påpekar Szebehely (2011) och menar att det därför för de flesta äldre inom äldreomsorgen inte är *exit*-möjligheten som är en adekvat lösning om man inte är nöjd. Det som behövs är *voice* – möjligheten att få sin röst hörd utan att behöva lämna verksamheten. *Starkt hjälpbehövande människor är beroende av en stabil omgivning och stabila personliga relationer för att överleva och det är därför förknippat med stora personliga kostnader att byta utförare* (Szebehely 2011).

Socialstyrelsen har i juni 2015 till regeringen lämnat sin slutrapport gällande stimulansbidrag till kommuner som ville införa eller utreda behovet av ett val-

frihetssystem. Där framgår att valfrihetssystem enligt LOV införts i 155 av landets 290 kommuner. Valfriheten är störst inom äldreomsorgen, och då främst inom hemtjänsten, men den finns också inom LSS-verksamhet. Enligt enkät-svar från de 122 kommuner som beviljats bidrag gör nio av tio brukare ett aktivt val av utförare. Omval är sällsynta. Det vanligaste svaret var att omval endast hade gjorts av en liten del, 1-5 procent, av de brukare som omfattades av ett valfrihetssystem. I en stor del av de tillfrågade kommunerna, 21 procent, hade inget omval alls gjorts under det år som frågades om.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppföljning har även intervjuer gjorts med såväl brukare och anhöriga som personal och biståndshandläggare. Överlag är både brukare och anhöriga positivt inställda till att kunna välja utförare i hemtjänsten, ett viktigt motiv som nämndes var möjligheten att byta om man är missnöjd.

Det är en maktfråga, att man själv faktiskt har makten att välja bort en utförare. Sedan om man alltid utnyttjar det är en annan fråga. Men man vet att man i varje ögonblick har en möjlighet att göra val, det är en trygghet i sig (anhörig) (Socialstyrelsen 2015 d).

Informella informationskanaler

Flera studier visar att valet av hemtjänstenhet i hög utsträckning sker med stöd av annan information än den som kommunen tillhandahåller. Potentiella brukare får information från exempelvis grannar och vänner som har erfarenhet av någon utförare (Edebalk 2011).

Marknaden för hemtjänst kan definieras som en ryktesmarknad menar Konkurrensverket (2013), och tydliggör med att viktiga informationskällor vid val av utförare är familj, vänner och bekanta. Valet försvåras enligt de omsorgsmottagare Konkurrensverket intervjuat av att det saknas saklig, relevant och lättförståelig information om utförarna (a.a.).

En viktig komponent i informationen handlar om tydliggörandet av vad olika alternativ innebär och vad det är för skillnad mellan dem. Här visar studier att sådana skillnader ofta inte går att uttyda ur det informationsmaterial som finns tillgängligt (Kastberg 2010).

Alla kan inte välja

När den som har hemtjänst beskrivs som kund kan det skapa en bild av en person som kan välja vad man ska ha hjälp med, vem som ska utföra, och välja om ifall man inte blir nöjd. Bettina Meinow, forskare vid ARC/Äldrecentrum, har i en studie baserad på den riksrepresentativa studien SWEOLD (77 år och äldre) visat att 13 procent av respondenterna inte klarade av att intervjuas över huvud taget – de allra flesta därför att de var för kognitivt nedsatta och i några fall p.g.a. svaghet och/eller afasi (Meinow 2011). Ytterligare 20 procent av dem som kunde medverka i en intervju presterade så lågt på ett enkelt minnestest (kort version av MMT) att demens kan misstänkas. Sammantaget var det alltså en tredjedel av alla personer 77 år och äldre, och fyra av tio bland hemtjänstmottagare, som

inte kunde intervjuas alls, alternativt inte kunde göra ett enkelt minnestest. Dessa personer kan med stor sannolikhet inte göra egna informerade val av utförare av vård och omsorg utan behöver någon som väljer åt dem.

Ytterligare drygt en femtedel av samtliga personer 77 år och äldre hade svårigheter att ta in och hantera information. Även dessa personer skulle sannolikt behöva hjälp med val av vård- och omsorgsutförare även om många skulle kunna vara delaktiga i valet, t.ex. genom att tala om vad som är viktigt för dem. En tredjedel hade den kognitiva förmågan men hade andra begränsningar att välja vårdgivare på grund av nedsatt fysisk funktionsförmåga. Endast var tionde hade inget av dessa problem.

Meinow drar slutsatsen att de äldre som är mest beroende av vård och omsorg och skulle ha bäst nytta av att göra "det goda valet" också är de som har den högsta förekomsten av kognitiva och fysiska begränsningar som hindrar eller omöjliggör deras möjlighet att vara en rationell konsument av vård och omsorg – något som förutsätts i den marknadsekonomiska modellen där kvalitetskorrigeringar antas ske automatiskt när kunderna väljer bort de dåliga alternativen (Meinow 2011).

Om den kognitiva förmågan inte finns för att kunna göra ett val brukar anhöriga eller god man hjälpa till, men de kan inte fatta beslut å den äldres vägnar, det skulle förutsätta en lag om ställföreträdare, men den finns ännu inte.

Edebalk konstaterar att det är äldre med störst omsorgsbehov som har svårast att agera "konsumenter" och de representerar en växande del av brukarna i ett kundvalssystem. Att det för äldre med stora hjälpbehov kan vara svårt att tillgodogöra sig information och göra ett aktivt val är oomstritt (Edebalk (2011)).

Biståndshandläggaren som konsumentupplysare

Biståndshandläggarna får i sin yrkesroll ge information, agera vad som kan beskrivas som konsumentvägledare. Däremot får de inte välja åt den äldre, och de ska vara konkurrensneutrala. Kravet att vara konkurrensneutral vägledare är inte enkelt, och kan leda till att biståndshandläggare undviker att vägleda. I en studie från Konkurrensverket redovisas att de intervjuade omsorgsmottagarna ofta upplevde en osäkerhet hos biståndshandläggarna om vilken information om utförarna de kunde lämna ut. De omsorgsmottagare som efterfrågade mer information fick själva kontakta utförarna (Konkurrensverket 2013).

Liknande synpunkter kommer fram i fokusgrupper Socialstyrelsen genomfört. I dessa framfördes önskemål om att biståndshandläggarna ska ha god kunskap om de olika utförarna samt informera om dessa med hänsyn tagen till individens behov. Vissa önskar även att handläggarna ska kunna rekommendera vissa utförare framför andra, något som handläggarna idag inte får göra (Socialstyrelsen 2012 c).

I Stockholms stad är antalet utförare så stort (uppemot 100 per stadsdel) att det är omöjligt för biståndshandläggaren att ha kunskap om dem. Liknande problem, om än inte lika stora, finns i en del förortskommuner.

UPPHANDLINGSLAGSTIFTNINGEN

Sammanfattning

Om huvudsyftet är att ge den äldre själv rätten att välja utförare är LOV enklare att tillämpa än LOU. LOV skapar jämfört med LOU bättre förutsättningar för långsiktighet och kontinuitet. LOU ger en kommun större möjlighet att i en upphandling ställa krav och begränsa antalet utförare. Ett stort antal hemtjänstutförare försvårar ett sådant förtroendefullt samarbete mellan biståndshandläggare och utförare som är önskvärt. Att lära känna varandra underlättar samverkan och uppföljning samt gör det lättare för handläggaren att ge information om utförarna till de som ska välja. Med tydliga krav på kompetens och med uppföljningsbara kvalitetskriterier bör antalet utförare dock kunna begränsas också om LOV tillämpas. Detta givet att de krav som ställs i förfrågningsunderlaget och i avtalen är tillräckligt preciserade så att de kan följas upp, och att avtal kan hävas om utföraren inte lever upp till dem.

LOV ger kommunerna möjlighet att kontinuerligt ändra krav, ersättnings- och uppföljningssystem – givet att den rätten tagits in i avtalen och ändringarna inte strider mot att villkoren ska vara rimliga och likvärdiga för alla utförare.

LOU och LOV

Från prisstyrd till kvalitetsstyrd upphandling

Under början av 2000-talet framstod problemen med upphandling i konkurrens allt mer tydligt, och kritiken kom från både beställare och utförare. Ersättningsnivåerna hade hamnat så lågt att det inte fanns någon koppling mellan de kvalitetskrav nämnderna ställde och de medel som ställdes till förfogande. Kontraktstiderna innebar att verksamheten påverkades negativt inför varje ny konkurrensutsättning. Redan ett år innan avtalstidens slut fanns det risk för att utbildnings- och utvecklingsverksamhet avstannade. Entreprenörer kunde vara tveksamma till långsiktiga investeringar, t.ex. i personalens kompetens, och skifte av entreprenör vid ny upphandling var negativt för kontinuiteten i arbetet.

Tankar föddes om att låta entreprenörerna driva en verksamhet där kontinuitet fick väga tyngre än anbudsstider, och där den enskilde skulle kunna bli ”kunden” i stället för kommunen. Upphandlingarna skulle gå från att vara prisstyrda till kvalitetsstyrda, något som är betydligt mer komplext.

LOU

LOU bygger i huvudsak på EU-rätten. Den reglerar offentlig upphandling utom för områdena vatten, energi, transporter och posttjänster där en särskild lag (2007:1092, LUF) gäller.

LOU sätter klara ramar för hur en upphandling ska genomföras, från hur den annonseras till det att den upphandlande myndigheten fattat ett tilldelningsbeslut där det framgår vilken eller vilka anbudsgivare som vunnit anbudsupphandlingen och skälen för beslutet.

Även om det normala enligt LOU är att upphandla i konkurrens där priset är avgörande så går det att upphandla till ett i förväg fastställt pris. Anbudsgivarna får då konkurrera med kvalitet i stället för pris. Flera leverantörer kan antas om kommunen upphandlar med ramavtal (SOU 2014:2).

I LOU regleras även upphandling under EU:s tröskelvärden och så kallade B-tjänster, i vilka bl.a. vård- och omsorg ingår. De kommuner som infört kundval med stöd av LOU har träffat ramavtal med de valda leverantörerna.

Ett sådant ramavtal är enligt LOU tidsbegränsat. *”Ett ramavtal får löpa under längre tid än fyra år endast om det finns särskilda skäl”* (3 § 5 kap LOU). Av förarbetena framgår att *”enligt regeringens mening kan det vara fråga om ett avgränsat projekt som beräknas pågå något längre tid än fyra år och som inte har någon naturlig fortsättning när projektet avslutas. Det kan även vara situationer där föremålet för upphandlingen är av sådant slag att det medför stora investeringar för leverantören vilka skall betala sig under avtalstiden”* (Prop 2006/07:128).

När den nu gällande LOU som infördes 2008 remissbehandlades påtalade flera remissinstanser, bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), att en föreslagen bestämmelse att det inom ett ramavtal ska göras en rangordning mellan de leverantörer som upphandlats skulle omöjliggöra för kommuner att tillämpa kundval med stöd av ramavtal enligt LOU.

Regeringen anförde att *”En upphandlande myndighet måste följaktligen under vissa förutsättningar ha möjlighet att frångå den i avtalet fastlagda rangordningen. För att den upphandlande myndigheten skall kunna göra en sådan avvikelse måste möjligheten därtill framgå av förfrågningsunderlaget och utgöra en del av ramavtalets innehåll. Regeringen har beslutat tillkalla en särskild utredare (dir. 2007:38) för att utreda förutsättningarna för ökad valfrihet när det gäller vård, omsorg, stöd och service inklusive särskilt boende som ges till äldre och personer med funktionshinder enligt socialtjänstlagen (2001:453). Under det arbetet kommer denna fråga att belysas ytterligare.”* (Prop. 2006/07:128)

LOV

Frittvalutredningen redovisade i februari 2008 sitt betänkande, LOV att välja – Lag om valfrihetssystem (SOU 2008:15). LOV trädde i kraft 2009 och är ett alternativ till LOU. Lagen infördes för att klarlägga rättsläget och för att stimulera kommuner och landsting att införa kundval. LOV omfattar vissa tjänster inom hälsovård och socialtjänst, som primärvård inom landstingen och äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning inom kommunerna. LOV är utformad enligt reglerna om s.k. B-tjänster, bilaga 3 i LOU.

I regeringens proposition (2008/09:29) anför föredragande statsrådet att LOV är en del av strävandet att sätta brukaren i fokus, maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare, ökad valfrihet och ökat inflytande, fler utförare och större mångfald. Genom det ökade brukarinflytandet ökar också kvaliteten på tjänsterna. Ett annat skäl till lagförslaget är att rättsläget har varit oklart om hur valfrihetsmodeller förhåller sig till upphandlingslagstiftningen (prop. sid 54).

Av lagen framgår att med valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med (kap. 1 § 1).

Kommunerna och landstingen ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt (1 kap. 2 §). Det är tillåtet att ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor (4 kap. § 2). Däremot är det inte tillåtet att ställa som villkor att en utförare ska ha en bestämd juridisk form för att få lämna en ansökan (5 kap. § 1). Landstinget/kommunen kan utesluta en sökande bl.a. om denne gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlande myndigheten kan visa detta (7 kap. § 1 mom. 4). Andra uteslutningsskäl är t.ex. att leverantören är försatt i konkurs eller liknande, inte skött inbetalningar av skatt eller socialförsäkringsavgifter eller lämnat felaktiga uppgifter (LOV 7 kap. 1 §).

Den upphandlande myndigheten ska godkänna alla sökande som uppfyller de krav som angetts i annonsen och förfrågningsunderlaget och som inte uteslutits av skäl som finns i 7 kap. 1 § (8 kap. 1 §). LOV ger således företag etableringsfrihet inom de ramar lagen anger och de krav kommunen ställt upp i anbudsfrågan, förutsatt att utföraren inte är försatt i konkurs eller liknande.

I propositionen (2008/09:29 sid 73) tydliggörs att den ansvariga nämnden har ansvaret för hur verksamheten bedrivs oavsett om det är i egen regi eller upphandlat via LOU eller LOV.

Regeringen framhåller att kravet på att insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) ska vara av god kvalitet måste uppfyllas. Regeringen konstaterar samtidigt att, *Arbetet med kvalitetsfrågor inom socialtjänsten är [...] synnerligen komplicerat och det råder total enighet bland myndigheter och forskare att det troligen återstår ett mångårigt arbete innan trovärdiga, och av alla aktörer accepterade, kvalitetskriterier kan presenteras och innan man har lyckats ringa in vilka kvalitetsaspekter som har en sådan angelägenhetsgrad att de bör preciseras i nationella kvalitetskrav.*

Kommunen ska behandla alla aktörer lika, ingen får gynnas eller missgynnas. Alla krav som ställs i förfrågningsunderlaget ska vara rimliga i förhållande till de mål som eftersträvas. *Enligt regeringens mening bör högre krav kunna ställas avseende t.ex. ekonomisk kapacitet och omvårdnadskompetens på en leverantör som tillhandahåller ett särskilt boende än på en leverantör som tillhandahåller vissa hemtjänstinsatser* (prop 2008/09:29 sid 62).

Regeringens bedömning är att *i de kommuner och landsting som väljer att införa valfrihetssystem enligt LOV kommer små företag och i synnerhet kvinnors företagande att främjas. Antalet små företag kommer att öka och en större mångfald av företag och organisationer som tillhandahåller vård- och omsorgstjänster kommer att finnas på marknaden* (a.a. sid 132).

Önskan att få fler aktörer och främja kvinnligt företagande gör att regeringen såg det som önskvärt att det ska gå att *börja bedriva företag i liten skala. För att detta ska vara möjligt bör kommuner och landsting utforma sina förfrågningsunderlag så att även mindre företag kan uppfylla kraven* (a.a. sid 62).

Lagen ger landstinget/kommunen skyldighet att lämna information, om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med, till de enskilda personer som ska välja. *Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig* (kap 9 § 1).

Skyldigheten att utse utförare för den som inte väljer själv

Den upphandlande myndigheten ska tillhandahålla ett så kallat ickevalsalternativ för den enskilde som inte väljer leverantör (LOV 9 kap 2 §). Av propositionen framgår att *för vissa typer av tjänster kan den upphandlande myndighetens egenregiverksamhet vara det bästa ickevalsalternativet, eftersom huvudsavsvaret för verksamheten trots allt ligger på myndigheten* (prop 2008/09:29 sid 99).

Skillnader mellan LOU och LOV

Både LOU och LOV utgår från kraven på likabehandling, öppenhet, proportionalitet, ömsesidigt erkännande och icke-diskriminering. Båda är förfarandelagstiftning, dvs. hur upphandlingen ska genomföras.

Till skillnad från offentlig upphandling enligt LOU ska förfrågningsunderlaget enligt LOV annonseras ständigt. Därmed kan leverantörer alltid ansöka om att få bli godkända.

Alla leverantörer som uppfyller kraven i valfrihetssystemen ska godkännas. Om däremot LOU tillämpas kan den upphandlande myndigheten sätta en gräns för hur många leverantörer som ska få ingå i ett ramavtal.

Ytterligare en skillnad är att det i LOV inte behöver finnas någon tidsbegränsning för hur länge ett avtal kan gälla, även om regeringen i förarbetena till LOV uttalade att *”Av kravet på likabehandling och icke-diskriminering följer att ett avtal ska konkurrensutsättas med jämna mellanrum. Detta innebär att det inte är möjligt att ha tillsvidareavtal.”* (prop. 2008/09:29). I utredningen Utökad valfrihet konstateras att det enligt utredningens uppfattning saknas stöd för att tillsvidareavtal skulle vara oförenliga med LOV (SOU 2014:2 sid 172).

En grundläggande skillnad mellan LOU och LOV är således att enligt LOU träffar en kommun eller ett landsting efter upphandling i konkurrens avtal med en eller flera utförare om att bedriva viss tjänst, t.ex. att utföra hemtjänst i viss del av kommunen. Kontraktet avser viss tidsperiod, varefter ny anbudsupphand-

ling ska genomföras. När LOV tillämpas kan alla företag som uppfyller de villkor kommunen/landstinget ställt upp bli godkänd utförare, och valet av företag är då den enskilde omsorgsmottagarens. LOV ger, till skillnad mot LOU, utförarna långsiktiga villkor, som gynnar viljan att investera i personalens kompetensutveckling, och gynnar kontinuiteten.

LOV tillkom bl.a. för att tydliggöra kommunernas möjlighet att tillämpa modeller där det är kunden/vårdtagaren, inte kommunen, som väljer utförare och för att ge utförarna långsiktighet. LOU ansågs ha nackdelar när den används inom vård och omsorg. Entreprenaden är tidsbegränsad, vilket motverkar kontinuitet, liksom långsiktiga satsningar på t.ex. personalens kompetensutveckling. Verksamhetsutveckling riskerar att stanna av när entreprenadtiden närmar sig sitt slut och ny upphandling ska ske. När upphandling sker i syfte att få en priskonkurrens kan det innebära att kvalitetshänsyn inte kommer i första rummet.

LOV och LOU kan kombineras. Vissa kommuner som tillämpar LOV har upphandlat "icke-valsalternativet" via LOU, och det går att upphandla specialiserad hemtjänst via LOU.

Kvalitetskrav

Båda lagarna ger kommunen möjlighet att i anbudsförfrågan och i avtalen med utförarna ställa långtgående krav.

Kommuner och landsting får inte sätta upp osakliga krav som inte står i proportion till ändamålet och som skulle innebära att leverantörer behandlas olika. Det finns dock inget som hindrar att de upphandlande myndigheterna sätter upp rimliga och motiverade krav som gäller samtliga leverantörer. Något hinder mot kommunspecifika kvalitetskrav har Frittvalutredningen inte funnit i LOV, så länge som kraven är i nivå med eller går utöver de nationella kraven i gällande rätt. De villkor som ställs måste också uppfylla alla de EG-rättsliga principer som gäller i i detta sammanhang dvs. icke-diskriminering, öppenhet, förutsägbarhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet (SOU 2008:15).

I förarbetena till LOV framhålls att *"Ett villkor som ställs i kontraktet måste även vara kontrollerbart och rent faktiskt även kontrolleras av den upphandlande myndigheten"* (Prop 2008/09:29).

Krav avseende arbetsvillkor

Vissa remissinstanser på Frittvalutredningens betänkande tog upp frågan om möjligheten att ställa krav på att leverantören ska teckna kollektivavtal. I regeringens proposition hänvisas till EG-domstolens dom C-346/06 Ruffert (3 april 2008). Regeringens bedömning är, mot bakgrund av bl.a. denna dom, att det inte är möjligt att ställa krav på att leverantören ska teckna kollektivavtal i ett valfrihetssystem. Däremot kan vissa i kollektivavtalet förekommande krav ställas på leverantören. Detta förutsätter dock att kraven står i överensstämmelse med

EG-rätten, bland annat de grundläggande principerna, och att den upphandlande myndigheten följer upp och kontrollerar att kraven efterlevs.

Specialisering

Varken LOV eller LOU hindrar en kommun att i förfrågningsunderlag lyfta fram olika former av specialisering av hemtjänsten. Exempel kan vara särskild kompetens och organisation för att ge omsorg till personer med demenssjukdom.

I Frittvalutredningen nämns även att det alltid måste finnas möjlighet att tillgodose behoven på annat sätt om omsorgsmottagare med speciella behov inte kan få sina insatser av någon av utförarna i kundvalet. Direktupphandling av vård- och omsorgstjänster är, när synnerliga skäl föreligger, tillåten enligt LOU (SOU 2008:15).

Förfrågningsunderlaget grunden för att kunna ställa kvalitetskrav

I propositionen framhålls vikten av att i förfrågningsunderlaget tydligt ange de krav som ställs på hur verksamheten ska bedrivas. Den externa leverantören bedömer rimligheten i kraven och avgör om hon eller han vill lämna in en ansökan eller inte. Om en leverantör anser att något krav är oproportionerligt eller på annat sätt diskriminerande har leverantören möjlighet att begära rättelse hos allmän förvaltningsdomstol (Prop 2008/09:29).

Av propositionen framgår vidare följande krav som upphandlande kommun/landsting kan eller bör ställa på leverantörer:

- *Kunskaps- och erfarenhetsbakgrund; t.ex. vilken kompetens personalen ska ha samt att leverantören ansvarar för deras kompetensutveckling.*
- *Kvalitetssäkring och trygghet för den enskilde; leverantören ska ha rutiner för klagomålshantering, rapportering av fel och brister samt anmälan om missförhållanden.*
- *Uppföljning av verksamheten; leverantören ska medverka vid uppföljning eller bistå huvudmannen med underlag som behövs för att denne ska kunna genomföra uppföljningen (jfr kontrollskyldigheten i 3 kap. 19 § kommunallagen).*
- *Tillförsäkrande av att allmänheten får insyn i hur verksamheten utförs, dvs. uppfyllande av kraven i 3 kap. 19 a § kommunallagen.*
- *Skyldighet att ta uppdrag eller att ta emot alla som väljer leverantören samt brukarens eller invånarens rätt att välja om. Även när uppdraget ska påbörjas bör framgå.*
- *Eventuell geografisk begränsning av uppdraget.*
- *Förändringar av verksamheten ska meddelas huvudmannen.*
- *Leverantören ska kunna kommunicera med kommunen eller landstinget på ett systemmässigt säkert och enkelt sätt.*

- *Leverantören ska ha en sådan ekonomisk bas att leverantören kan upprätthålla ett långsiktigt åtagande. Här kan krav på soliditetsmått och likviditetsmått anges.*
- *Leverantören ska rapportera till kvalitetsregister samt följa upprättade vårdprogram. Leverantören ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete, kontroll och uppföljningar ska kunna göras.*
- *Deltagande i jourverksamhet.*
- *Samverkan med andra vårdgivare.*
- *Öppettider och väntetider.*

(Prop 2008/09:29).

Frittvalutredningen pekade också på att den upphandlande myndigheten behöver beakta meddelarfriheten och yttrandefriheten eftersom den inte omfattar privata företags personal (SOU 2008:15).

Med hänsyn till att hemtjänst blivit en alltmer kvalificerad form av äldreomsorg, och att den utförs i den enskildes hem utan den insyn som är möjlig i särskilt boende, bör särskilt höga krav ställas på de aktörer som vill bli godkända som hemtjänstutförare.

Förfrågningsunderlaget har således en central roll. Den upphandlande myndigheten behöver där beskriva den tjänst som ska utföras och de resultat som ska uppnås. Kraven bör beskrivas på ett tydligt sätt, med en enhetlig terminologi, gärna i enlighet med ICF (Socialstyrelsen 2013 b). Det finns så att säga inget tak, däremot ett golv i det att kommunens krav inte får vara lägre än de som ställs i lagstiftning och föreskrifter.

Socialstyrelsen har undersökt vad kommunerna brukar fråga efter. Viktiga områden är

- att säkerställa den enskildes rätt till självbestämmande,
- verksamhetsledningens kompetens och resurser,
- personalens kompetens och bemanning,
- att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete,
- sekretess och tystnadsplikt, dokumentation,
- samverkan och samordning.

(Socialstyrelsen 2012 b)

I beskrivningarna av ledningens kompetens läggs ofta tonvikt vid formell kompetens, som exempelvis att verksamhetschef ska ha högskoleexamen som socionom, sjuksköterska eller beteendevetare, men detta kompletteras ofta med "eller motsvarande" med eller utan beskrivning av vad som kan anses vara motsvarande. Det gäller även omsorgspersonalens kompetens där det ofta hänvisas till gymnasieskolans omvårdnadslinje eller vuxenutbildning inom området, men där tillägget "eller motsvarande" också finns med.

Undantagsvis anges ett minimiantal timmar fortbildning per anställd.

Flertalet kräver ett salutogent eller rehabiliterande förhållningssätt, samt att insatserna ska vara individuellt utformade. Ett fåtal specificerar att vård och omsorg ska ske i enlighet med evidensbaserad praktik, vetenskap och beprövad erfarenhet eller att den ska vara kunskapsbaserad (Socialstyrelsen 2012 b).

Konkurrensverket har utarbetat en vägledning för kommunernas arbete med att göra en kravspecifikation för hemtjänsten. Där redovisas t.ex. kommunernas möjlighet att ställa krav på personalens kompetens, att utförarna tillhandahåller fortbildning, har introduktion för ny personal och tillgodoser krav på kontinuitet (Konkurrensverket 2014).

Förfrågningsunderlaget är kommunernas vassaste instrument för att minska risken att aktörer som inte är seriösa eller har rätt kompetens blir godkända i kundvalet, liksom för att häva avtal med företag som inte håller måttet. Det saknas ännu forskning och utvärderingar som kan belysa om kraven i kommunernas förfrågningsunderlag är så tydliga att de håller om en kommun vill häva ett avtal med ett företag där kommunen anser att det finns kvalitetsbrister. Det finns inte heller någon samlad överblick över goda exempel på hur, och om, kvalitetskraven kan göras operationaliseringsbara.

Möjligheten att begränsa antalet utförare

I Stockholms stad har valfrihetsreformen burit frukt i form av ett stort antal utförare – i en del stadsdelar över 100. Detta kan ses som ett positivt resultat – många utförare ges möjlighet att pröva sina idéer, och bli prövade på hemtjänstmarknaden. Det finns dock också påtagliga nackdelar med det stora antalet utförare. De mest påtagliga är att antalet utförare försvårar överblick, uppföljning och samverkan.

När biståndshandläggaren bedömer insatser och tid är det önskvärt med ett nära och förtroendefullt samarbete mellan handläggaren och de hos utföraren som lärt känna den äldre. Ett sådant förtroendefullt samarbete försvåras om det är för många hemtjänstutförare. Med få utförare kan biståndshandläggarna få ett grepp om hur de olika utförarna fungerar, vilket också underlättar uppföljningen, liksom förutsättningarna för biståndshandläggarna att ge användbar information om utförarna till de som ska välja hemtjänst. Att lära känna varandra underlättar samarbete, att inte känna varandra ger grogrund för den mistrokultur som delvis präglar dagens äldreomsorg, i stället för den önskvärda samarbetskulturen.

Hemtjänsten och hemsjukvården behöver arbeta hand i hand. Det fungerar när de olika personalgrupperna inom hemtjänst, husläkarmottagningar och rehabenheter känner varandra, men det är svårt att få till fungerande samarbetsrutiner när det är många olika utförare. Detta kan innebära risker för omsorgsmottagarna på flera sätt: att delegerade uppgifter inte utförs på rätt sätt, att hälsoförsämringar inte uppmärksammas eller åtgärdas och att insatserna inte ges med ett rehabiliterande förhållningssätt, för att nu nämna tre risker.

När den äldre och hennes anhöriga ska bilda sig en uppfattning om vilket hemtjänstföretag som kan vara bäst försvåras valet av det stora antalet utförare. I

andra sammanhang talas om att en kund inte klarar val om det finns fler än tio varor att välja mellan. Valet försvåras också av det faktum att *många* utförare inte inneburit att det är en *mångfald*. Marknaden tenderar gärna att utbudet ligger i mitten, där de många kunderna finns. När det inte finns många olika inriktningar av hemtjänst att välja mellan blir det mer otydligt vad det är man väljer mellan.

I detta perspektiv är det rimligt att ställa frågan om det inom kundvalets och etableringsfrihetens ram går att begränsa antalet utförare. Det mest närliggande svaret är att det bör kunna gå genom högre och tydligare krav i förfrågningsunderlag och avtal.

Kraven regleras i avtal

LOV innehåller inga regler om hur ett bindande avtal kommer till stånd utan dessa regler finns i avtalslagen. Avtalet är ingen isolerad del utan måste vara en integrerad del av hela processen. Avtalet sammanfattar och dokumenterar hela överenskommelsen och ska inte innehålla några nya affärsmoment i förhållande till förfrågningsunderlaget (SOU 2008:15).

Det är rimligt att i avtalet reglera i vilka situationer kommunen har rätt att häva avtalet. Förutom de generella reglerna att kommunen kan häva avtalet vid leverantörens konkurs, näringsförbud eller inställda betalningar bör avtalet ge kommun rätt att häva när leverantören bryter mot uppräknade krav i förfrågningsunderlaget. Hävningsgrunderna måste vara proportionerliga och de bör vara relaterade till att säkerställa en säker vård och service av god kvalitet för brukaren eller invånaren (SOU 2008:15).

För att möjliggöra att avtalsvillkoren kan revideras inom ramen för ett valfrihetssystem bör den upphandlande myndigheten försäkra sig om möjligheten till omförhandling av avtalsvillkoren (SOU 2008:15).

Även om en kommun eller ett landsting beslutat sig för att införa ett valfrihetssystem enligt LOV, kan den upphandlande myndigheten besluta att ändra beslutet eller att avbryta valfrihetssystemet. Om parterna ingått avtal och den upphandlande myndigheten av någon anledning vill häva avtalet, t.ex. på grund av önskemål från en ny politisk majoritet, gäller vanliga civilrättsliga regler om hävning av avtal utifrån vad som följer av avtalet mellan parterna. Om en upphandlande myndighet som infört ett valfrihetssystem vill avveckla detta måste den upphandlande myndigheten fatta ett principbeslut om att avveckla valfrihetssystemet och därefter säga upp avtalen med befintliga leverantörer. Den upphandlande myndigheten riskerar dock i sådana fall att bli skadeståndsskyldig om uppsägningen inte reglerats i kontraktet (Prop. 2008/09:29).

Hävning av avtal

Enligt Upphandlingsstödet vid Kammarkollegiet behöver en åtgärdsplan utarbetas när avvikelser och brister i kvaliteten identifierats. I deras vägledning beskrivs en ”sanktionstrappa” som är indelad i fyra steg:

1. dialog
2. avdrag på ersättningen
3. uppsägning av avtalet
4. hävning av avtalet

(Kammarkollegiet 2012:6)

I avtalet bör anges på vilka grunder det kan hävas. Om steg ett till tre i ”sanktionstrappan” ovan inte har avsedd effekt och det föreligger ett avtalsbrott som är väsentligt kan kommunen ha rätt att häva avtalet. Avtalsbrottet måste vara väsentligt (Socialstyrelsen 2013 a).

Av Socialstyrelsens kartläggning 2012 av kommunernas förfrågningsunderlag framgick att alla hade kriterier för när hävning av avtal kan ske. Oftast handlade skälen för hävning om obetalda skatter, konkurs eller obestånd, allvarliga fel i yrkesutövning eller allvarlig kritik från tillsynsmyndighet, och brott mot lagar och regler (Socialstyrelsen 2012b).

Dock är det relativt sällan som kraven i förfrågningsunderlaget specificeras i form av t.ex. hur ofta något ska ske, eller vilken innebörd man lägger i uttryck som ”motsvarande”, ”allvarlig förseelse”, ”väsentlig skada”. Det i sin tur kan leda till svårigheter att hävda brister i utförandet (Socialstyrelsen 2012 b).

Ägarprövningsutredningen

Ägarprövningsutredningen föreslår i sitt slutbetänkande att hemtjänst i privat regi ska bli en tillståndspliktig verksamhet. Utredningen gör bedömningen ”att tryggheten för de personer som beviljas hemtjänst är ett sådant skyddsvärt intresse som kan motivera en begränsning av näringsfriheten enligt regeringsformen.” Utredningen menar vidare ”att det inom ramen för kommunernas och landstingens upphandling inte finns möjlighet att ställa samma krav på ägare och ledning, och på förutsättningar för långsiktighet, som de som kan ställas vid en tillståndsprövning”. Tillstånd ska enligt utredningens förslag ges av Inspektionen för vård och omsorg, som ska ställa ”krav på insikt, erfarenhet och lämplighet”. Den som ansöker om tillstånd ska också kunna ”visa att den har ekonomiska förutsättningar att bedriva en långsiktig verksamhet” (SOU 2015:7).

Andra former för att öka valfriheten

Befogenhetslagen

Den 1 juli 2006 trädde lagen om kommunala befogenheter att tillhandahålla servicetjänster åt äldre i kraft. ”Kommuner får utan föregående, individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år. Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad. (§ 7 lag 2009:47). Bakgrunden till lagstiftningen var att många kommuner hade kommit att bedriva service till äldre utan biståndsbeslut. Det huvudsakliga syftet var att på ett administrativt

enkelt sätt erbjuda insatser för att förebygga olyckor i hemmet. Servicetjänster i hemmet har haft olika benämningar, t.ex. boservice, fixartjänster, Fixar-Malte eller, som i Stockholms stad, vaktmästarservice.

RUT

Den 1 juli 2007 trädde lagen (2007:346) om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete i kraft. Skattereduktionen innebär att den som har utgifter för hushållsarbete kan få en minskning av skatten med hälften av utgiften för arbetet.

Regeringen angav att de tjänster som ska omfattas av en skattereduktion i första hand är sådana som skulle kunna benämnas hushållets kärnområde. Som exempel på sådant arbete nämndes städning, diskning, fönsterputsning och matlagning. Med hushållsarbete avses även snöskottning och skötsel av tomt eller trädgård i form av häck- och gräsklippning, krattning och ogräsrensning. Vidare omfattas även klädvård i form av tvättning, strykning och lagning, uppsättning av gardiner och gardinstänger samt byte av glödlampor, proppar eller liknande.

I förarbetena skriver regeringen att även omsorg, tillsyn och annat hjälparbete av personlig art som behövs på grund av en persons funktionsnedsättning, ålder eller sjukdom ska omfattas av skattereduktionen (prop. 2007/08:13).

Lagen innebär en möjlighet för personer med socialtjänstinsatser att komplettera med ytterligare hushållstjänster som de önskar få men som kommunen inte beviljar enligt SoL. En kommunal utförare har inte rätt att utföra sådana tilläggstjänster, något som regeringen valde att inte förändra när LOV infördes. Dessa kompletterande tjänster kan dock utföras av kommunerna i den mån som lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre täcker in sådana tjänster.

En fördel med RUT-tjänsterna var enligt intervjuer med äldre Nackabor att de kunde påverka hur de utfördes. De framhöll den höga personalkontinuiteten och att det var lätt att ändra tid. De hade också negativa föreställningar om kvaliteten i den kommunala hemtjänsten (Falk & Risberg 2012).

Äldre personer använder sig av RUT i högre grad än yngre och medelålders, och andelen har ökat. I åldrarna över 75 år använde 14,3 procent RUT år 2013 att jämföra med mellan 6-9 procent i åldrarna 30-74 år. Fler kvinnor än män använder RUT. Ju högre inkomst, desto fler använder RUT (SCB hemsida). Det finns ingen statistik som kan belysa hur många av dem som använder RUT som gör det i stället för hemtjänst, eller för att komplettera sin biståndsbedömda hjälp (Szebehely 2012). Det saknas kunskap om i vilken utsträckning, om alls, RUT ersätter hemtjänst.

ERSÄTTNINGSSYSTEM

Sammanfattning

En kombination av rörlig ersättning efter faktiskt utförd tid och målstyrd ersättning bör kunna ge incitament för utföraren att utföra all beviljad tid, och att inte dra ner på kostnader som kan leda till kvalitetsbrister.

I den målstyrda ersättningen är det lämpligt att använda indikatorer som kan motverka de kvalitetsrisker som finns inbyggda i att ersätta utifrån tid hos kund, som bristande kontinuitet (korta gångtider prioriteras på bekostnad av hög kontinuitet), personal med låga löner (timanställda utan utbildning prioriteras före fast anställda med utbildning) och att dra ned på fortbildning, handledning mm. Att utgå från struktur- och processmått i stället för resultatmått kan motiveras av att det (ännu) inte finns reliabla mått på kvaliteten i hemtjänsten utifrån den enskilde äldres perspektiv. Brukarundersökningar i form av enkäter speglar inte hur äldreomsorgen fungerar för de som är i störst behov, och bör därför inte användas. Ett viktigt strukturmått som bör provas är kontinuitet.

Ersättningsnivån bör beräknas så att den inrymmer tid för dokumentation, handledning/reflektion och fortbildning. Likaså att det är möjligt att finansiera en närvarande chef som har en rimligt stor personalgrupp. Ersättningsnivån ska inte bygga på att hemtjänstenheter har låga personalkostnader genom utbildad personal, inget kollektivavtal eller liknande.

I Äldrecentrums intervjuer framstår tiden som den mest betydelsefulla faktorn för att kunna ge en personcentrerad omsorg i hemtjänsten. En individuell tidsbedömning förutsätter att den som gör bedömningen känner den äldre väl. Detta är svårt för en biståndshandläggare som bara träffar den äldre vid ett hembesök. En förutsättning för individuella bedömningar är därför vanligen ett nära och förtroendefullt samarbete mellan biståndshandläggaren och hemtjänstenheten som utför insatserna. Här krävs, åtminstone i Stockholm, en kulturförändring och ett utvecklingsarbete för att skapa samverkansformer och uppnå detta förtroende.

Olika ersättningsmodeller

Begränsad kunskap om hur ersättningen kan premiera kvalitet

Inom hemtjänsten är ersättningen till utförarna vanligen baserad antingen på biståndsbedömda insatser och/eller tid, eller på utförd tid. Det är ovanligt att ha någon form av målrelaterad ersättning. Kunskapen kring hur ersättningar kan utformas så att de stödjer en kvalitativt bra hemtjänst är begränsad (SKL 2009, Kammarkollegiet 2012, Fernler m.fl. 2014).

Fast ersättning

Med fast ersättning kan avses olika former av anslagsfinansiering för att bedriva en viss verksamhet. Anslagsfinansieringen kan exempelvis bygga på en uppskattad volym för året som kommer, vilken kan bygga på data från tidigare år. Fördelen är att beställaren får en kontroll över kostnaderna, men modellen skapar en osäkerhet för utföraren om det inte går att styra insatsernas omfattning. För hemtjänsten kan såväl antalet omsorgsmottagare som hur stora behoven har varierat vilket ger problem med en helt fast ersättningsmodell. Därför har denna typ av finansiering av hemtjänsten vanligen ersatts med någon form av rörlig ersättning som följer antalet omsorgsmottagare och deras omsorgsbehov.

Rörlig ersättning

Det finns olika former av rörlig ersättning. En modell vissa kommuner tillämpar är att ersätta utförarna utifrån den tid biståndshandläggaren bedömt. Det kan vara lättadministrerat. En nackdel är dock att denna ersättningsmodell inte ger några incitament att utföra alla insatser eller att utföra dem på det sätt den äldre önskar. Snarare ger den utförarna incitament att utföra insatserna så snabbt som möjligt. En sådan ersättningsmodell kan således påverka kvaliteten negativt utan att kommunen får någon minskad kostnad. Detta kan kompenseras om avvikelser (ej utförda insatser eller tid) ska rapporteras in. Det kan dock vara svårt att få en pålitlig avvikelserapportering och det innebär ökad administration.

Andra kommuner ersätter utifrån utförda insatser i stället för tid. Det kan bidra till att beviljade insatser faktiskt utförs – men kan också leda till minskad flexibilitet. Att personalen blir låst till det som står i biståndsbeslutet i stället för att kunna vara lyhörd för vad den äldre önskar just nu. Det blir också administrativt mer tungrovt. Det ger också utföraren ett incitament att utföra insatserna på så kort tid som möjligt, vilket kan gå ut över kvaliteten.

En vanligare modell är att ersätta utifrån utförd tid. Den ger utföraren ett tydligt incitament att utföra all beviljad tid – givet att kommunen har någon form för tidsuppföljning. Vissa kommuner utgår från inrapporterad tid, medan andra har någon form av elektronisk tidsrapportering. Hur administrativt tungt systemet blir beror bl.a. på hur enkelt och användarvänligt IT-stödet är och hur omfattande kontroller som ska göras av tidsrapporteringen. En nackdel är att denna modell inte säkerställer att de beviljade insatserna utförs och det finns inget incitament att arbeta med hög kvalitet. Snarare kan det ge ett incitament att sträva efter låga personalkostnader (timanställd, ej utbildad personal) och att prioritera korta gångtider före hög personalkontinuitet för att få så mycket ”tid hos kund” som möjligt.

Målrelaterad ersättning

Ersättningsmodellen kan också inkludera att en del av ersättningen är beroende av hur väl utföraren uppfyller vissa kvalitetsmål. För hemtjänsten är detta ännu

ganska obeprövat och helt obeforskat. Inom primärvården är målrelaterade ersättningar mer vanliga, men utgör en relativt begränsad del av ersättningen, cirka tre procent (Kammarkollegiet 2012).

Ersättningsformerna kan med fördel kombineras

Kammarkollegiet förordar i en vägledning som tagits fram inom ramen för det upphandlingsstöd myndigheten ska ge kommuner och landsting att alla tre formerna kombineras vid utformningen av en ersättningsmodell, detta för att uppnå hög produktionstakt, låga kostnader, god kostnadskontroll och hög kvalitet. Såväl fast som rörlig ersättning ger incitament att hålla nere kvaliteten, därför behöver de kompletteras med en målstyrd ersättning (Kammarkollegiet 2012).

Fast ersättning ger en bra kostnadskontroll för kommunen men för hemtjänst uppnås det via att biståndsbeslutet sätter ett tak för hur mycket som utförs. Motivet för fast ersättning kan då vara att alla utförare har vissa fasta kostnader oavsett antal ”kunder”. För hemtjänsten är dock de fasta kostnaderna så begränsade i förhållande till personalkostnaderna att det bör vara möjligt att bygga ett ersättningsystem på en kombination av enbart rörlig och målrelaterad ersättning.

Ersättningsmodeller i kommuner som tillämpar LOV

Under sommaren 2014 frågade SKL de 157 kommuner som då infört LOV om de ersättningsystem de har för hemtjänsten. Av de 147 kommuner som svarade ersätter 34 procent för beviljad tid, 58 procent för utförd tid, sju procent har blandformer med tonvikt på planerad eller schablontid och en procent ersätter för beviljade insatser (SKL hemsida 2015-01-19).

Av de kommuner som ersätter utifrån tid har majoriteten, 55 kommuner, någon form av elektroniskt registrerad tid. Övriga utgår från av utföraren rapporterad tid.

Beroende på hur kommunen ser ut geografiskt kan ersättningen innehålla t.ex. en ”glesbygdskomponent”. Momskompensationen till de privata utförarna varierar något mellan olika kommuner. Vissa kommuner räknar in OH-kostnader i ersättningen till egen regi, andra lägger den utanför. I kommuner som har hemsjukvårdsansvaret kan det skilja mellan om hemsjukvården är inräknad i ersättningen eller ersätts på annat sätt.

Fyra kommuner har kompletterat ersättningen för beviljad/utförd tid med att ge startersättning för att upprätta genomförandeplan och andra initiala kostnader. Ett par kommuner tar hänsyn till merkostnaden för korta besök (högre andel av arbetstiden går då åt till att ta sig till/från omsorgsmottagaren). Dessa kommuner avrundar besök under en halvtimme till 30 minuter. En kommun (Uppsala) har tidigare ersatt ”bomtider” motsvarande kostnaden för restid till/från omsorgsmottagaren men frångått det då systemet missbrukades av några utförare.

Det finns inte någon nationell utvärdering av hur de olika ersättningsmodellerna påverkar utförarnas förutsättningar att ge insatser med en god kvalitet.

Målrelaterade ersättningar

Målrelaterade ersättningar kan ses som önskvärda för att stimulera till kvalitetsutveckling. De kan också användas för att motverka att ersättningssystemet ger felaktiga incitament att utföra tjänsterna så billigt och/eller snabbt som möjligt, oavsett hur det påverkar kvaliteten. Det saknas dock tillförlitliga indikatorer som är validerade, mätbara och meningsfulla vilket torde vara huvudskälet till att det ännu inte (så långt kunnat utrönas inom ramen för denna studie) finns någon kommun som har målrelaterade ersättningar för sin hemtjänst.

Kontinuitet

En indikator som skulle kunna provas inom hemtjänsten är kontinuitet. Som vi redovisat ovan är kontinuitet den kanske enskilt viktigaste kvalitetsfaktorn. Hindret för att använda kontinuitet har främst varit att det saknats bra mått på kontinuitet och förutsättningar att mäta den på ett enkelt och tillförlitligt sätt.

Det handlar framförallt om personalkontinuitet, det vill säga att det i så stor utsträckning som möjligt är samma personal som kommer. Men det kan också handla om tidskontinuitet, att personalen kommer vid samma tidpunkt varje gång, eller att hjälpen utförs på samma sätt varje gång.

Att mäta personalkontinuitet är inte något enkelt och självklart. Är det exempelvis viktigast att det är få personer som kommer, eller är det viktigast att det är kontaktsmannen som kommer när hon/han är i tjänst men annars vem som helst? Och är det lika viktigt vare sig den äldre har få eller många insatser? Är det viktigast att få besöket på exakt bestämd tid kanske man inte kan räkna med att just den eller den personalen kan komma. Det finns heller inte några framtagna mått på vad som kan vara godtagbart eller god kvalitet när det gäller hur många olika personal som den enskilde ska behöva träffa under en tidsperiod. Vad som är rimligt antal olika personer som utför insatserna beror t.ex. på om hjälpen ska ges alla veckans dagar och vid olika tider på dygnet.

Grundläggande är att det är en stor trygghet för de flesta äldre att samma personal eller grupp av personal utför hemtjänstbesöken. Man lär känna varandra och vet vem det är när det ringer på dörren. Relationen är en viktig faktor i upplevelsen av kvalitet.

I en studie med syftet att utreda hur kundtillfredsställelsen hos brukarna kan ökas genom höjd personalkontinuitet identifierades ett antal faktorer som påverkar kontinuiteten. Det handlar om exempelvis hur hög grundbemanningen är, hur ofta personal är sjuk, hur schemat läggs, vikarierutiner samt innehållet i kontaktsmannaskapet. I slutdiskussionen framförs idén att personalkontinuitet skulle kunna anges i ett mått där antal olika personal som kommer relateras till

antal besök som personen har, till exempel hur stor andel av besöken som utförs av samma personal. (Hartelius 2013).

Att koppla en del av ersättningen till något mått för kontinuitet bör förmodligen skapa ett direkt incitament för utförarna att utveckla sin verksamhet mot högre personalkontinuitet. En sådan mätning kan också redovisas på kommunens hemsida och ge vägledning i valet av utförare.

Andra strukturmått

Andra indikatorer som kan användas i ett ersättningsystem skulle kunna vara *andel fast anställda* och *andel med adekvat utbildning*. Syftet med att använda dessa indikatorer i en målrelaterad ersättning är främst att motverka att utförarna drar ner på kostnaden för personal när det endast är utförd tid som räknas. Liknande skäl finns för att ta hänsyn till *tillgång till fortbildning, handledning och reflektionstid*. Det är dock inte enkelt att på ett administrativt smidigt sätt följa upp dessa indikatorer så att det kan bli delar i ett ersättningsystem.

Samverkan som grund för ersättningen

För äldre med stora och sammansatta behov är samverkan mellan olika aktörer en förutsättning för trygghet. Denna slutsats stöds av en rad studier Äldrecentrum gjort (Sonde & Wänell 2013). Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har haft regeringens uppdrag att ge ett kunskapsunderlag för hur ersättningsystem ska kunna utformas så att de främjar samverkan. Bakgrunden är att dagens ersättningsystem snarare har motsatt effekt. Ersättningen ges enbart för de insatser som hemtjänstutföraren, husläkarmottagningen eller rehabenheten ska göra, inte för gråzonerna däremellan eller för den tid som går åt till att mötas, ha gemensamma vårdplaneringar etc. (Fernler m.fl. 2014).

Av LHC:s kunskapsöversikt framgår att det i dagsläget inte finns några beprövade ersättningsformer som kan ge incitament till fungerande samarbete mellan de olika vård- och omsorgsaktörerna (Fernler m.fl. 2014). LHC förordar att söka sig fram efter tre generella principer. De tre principerna är avsedda att hantera orsaker till bristande samverkan som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till.

1. Viktning av den patientgrupp som har behov av samverkan, för att öka viljan hos vårdgivare att prioritera patienter med stort samverkansbehov.

Ett sådant incitament är sannolikt viktigare inom primärvården än för hemtjänsten, där äldre med stora problem är prioriterade genom biståndsbeslutet och biståndshandläggarens tidsbedömning.

2. Aggregering av ersättningen till de verksamheter som ska samverka (t.ex. en hemtjänstenhet, en husläkarmottagning och en primärvårdsrehabenhet) för att få alla att arbeta mot gemensamma resultat.

Det finns flera problem med att lägga del av ersättningen i en ”gemensam påse” för utförarna. Huvudmannaskapsgränserna försvårar, liksom antalet aktörer.

Ett exempel på att arbeta efter denna princip är TioHundraprojektet i Norrtälje (Schön m.fl. 2012).

3. Direkt ersättning för samverkansaktiviteter, vilket – utöver det värde som skapas för vårdtagarna genom dessa aktiviteter – ska sätta fokus på samverkansproblemtiken som en prioriterad fråga för hälso- och sjukvården och omsorgen.

En risk med att ersätta vissa samverkansaktiviteter, t.ex. möten för att upprätta gemensam vårdplan (HSL 3f §, SoL 2 kap 7 §, ”SIP”), är att det kan leda till möten som genomförs för att få ersättning i stället för meningsfulla former för samverkan som är anpassade till de lokala förutsättningarna.

Resultat som grund för ersättningen

En indikator som ofta nämns är *andel nöjda brukare* (Socialstyrelsens brukarundersökning). Som vi redovisar i kapitlet om uppföljning av hemtjänst kan det vara svårt att använda den för kvalitetsjämförelser mellan olika utförare eftersom svarsfrekvensen kan vara låg, vissa företag har inte ens så många kunder att de kan ingå i Socialstyrelsens redovisning. Det är också en relativt hög andel av svaren där det är de anhöriga i stället för den äldre själv som besvarat enkäten.

Ett önskvärt arbetssätt är att hemtjänstens insatser utformas så att de stärker omsorgsmottagarens förmågor. För välbefinnandet är det som vi redovisat i avsnittet om omsorgsmottagaren av central betydelse att ha makt över sin vardag och så långt möjligt kunna klara sig själv. Att arbeta med ett *rehabiliterande förhållningssätt* är därför önskvärt, men ofta försummat. En ersättning utifrån utförd tid ger inga incitament att arbeta rehabiliterande (SOU 2014 sid 115). Det finns ännu inga relevanta mått som skulle kunna användas i ett ersättningsystem.

I ett par kommuner (Lund, Sundsvall och Östersund) pågår med start hösten 2014 försök, finansierade av Vinnova, att ha en viss del av ersättningsystemet kopplat till hur väl utförarna uppnår de mål som ställts i biståndsbeslutet.

I Lund provas i ett av stadens hemtjänstdistrikt om det går att ge en bonus om hemtjänstenheten når de olika mål som ställs upp för respektive person i biståndsbeslutet. En första uppföljning ska vara klar efter sommaren 2015. Sundsvall prövar en liknande modell, men summerar måluppfyllelsen för alla omsorgsmottagare utförarenheten har. I Östersund ska en ersättning ges efter hur väl rehabiliteringsmål uppnås efter utskrivning från sjukhus på grund av fraktur. LHC utvärderar dessa försök, som ännu är i startfasen.

Enligt verksamhetschefen i Lund är en ambition med en målrelaterad premie att lyfta bort beställarens fokus på att beställa så lite tid som möjligt och utförarens på att få så mycket tid som möjligt till att ha fokus på vad som är syftet med hemtjänsten, målen. Hennes bedömning är att trots att det är lite pengar det handlar om så har det skett en fokusförskjutning. Biståndshandläggarna har

skärpt sitt arbete med att sätta mål enligt ÄBIC-modellen, och göra dem uppföljningsbara. Så här långt är uppfattningen att det går att sätta uppföljningsbara mål. Hemtjänstchefen i försöksområdet har berättat att hon nu på ett helt annat sätt än tidigare schemalägger för kontinuitet, som hon ser som en första förutsättning för att uppnå målen i biståndsbeslutet. En i omsorgspersonalen berättade att arbetet med att lyfta fram målen för insatserna *känns som att någon bryr sig om vårt arbete.*

Ersättningens storlek

En förutsättning för att uppnå önskad kvalitet är att de kvalitetsmål som ställs upp, de insatser som beviljas, den tid som bedöms och den ersättning som betalas ut stämmer överens. När en kommun tillämpar LOV, eller med stöd av LOU gör en så kallad kvalitetsupphandling utan priskonkurrens, är det kommunen som fastställer nivån på ersättningen. Kommunen måste då ha goda verktyg för att översätta de mål kommunen har för sin äldreomsorg till nivå på ersättningen, så att ersättningen möjliggör att utföra insatserna enligt kommunens kvalitetsmål.

Det framgår av statistiken från SKL att det skiljer mycket i ersättningsnivåer mellan landets kommuner. Det är relativt vanligt att skilja mellan service- och omsorgsinsatser, där serviceinsatser ges en lägre ersättning eftersom de i huvudsak utförs vardagar dagtid och att vissa kommuner anser att de kan utföras av personal som inte har vård- och omsorgsutbildning.

Vissa skillnader kan förklaras av vilken ersättningsmodell kommunen har. Det är vanligt att en kommun som ersätter utifrån beviljad tid utgår från att all tid inte kommer att utföras, och att kommunen därför kan ha en lägre timersättning än om ersättningen är för utförd tid. Om en jämförelse görs mellan kommuner som ersätter för utförd tid och mäter den elektroniskt är skillnaderna mindre men fortfarande stora, lägst 337 kr och högst 460 kr, medelvärde 385 kr för privata utförare (avser omsorgsinsatser).

Utgångspunkten ska vara att privata utförare ska få samma ersättning som kommunens egen regi, med kompenstationstillägg för moms-kostnader. I en magisteruppsats har skillnaderna analyserats mellan fyra kommuner som hade en ersättning mellan (lägsta) 319 kr/timme och (högsta) 430 kr/timme. Studien bekräftar branschens erfarenheter av svårigheter att beräkna kostnaden, särskilt vad gäller "kringtid" men också andra indirekta kostnader som utbildning och vikarier, liksom för övriga kostnader som arbetsledning, lokaler och administration. Det skilde också när det gäller vilket PO-påslag de studerade kommunerna använde, liksom hur stor momskompensationen var. Ett viktigt skäl till att ersättningen ligger där den ligger är enligt uppsatsförfattaren att kommunernas budget sätter en gräns för hur hög ersättningsnivån kan vara (Malmberg 2013).

Andra skäl till att det skiljer sig åt mellan kommunerna är exempelvis om kommunen skiljer mellan service- och omsorgsinsatser eller ej, om hemsjukvård är

inräknad, om tjänster som larm och ledsagning ingår och om insatser som ges nattetid ska klaras inom ersättningens ram. Det blir också skillnad om kommunen räknar på en snittlön där många saknar utbildning, eller på en önskad personalgrupp där alla har utbildning och yrkeserfarenhet. Störst skillnad ger enligt SKL:s bedömning hur den så kallade kringtiden beräknas.

Dessa skäl kan dock inte förklara att skillnaderna är så stora. Det finns idag inte något säkert sätt att beräkna vad som är ”rätt” nivå på ersättningen. Det finns inte heller, som inom skolområdet, möjlighet att få ersättningsnivån prövad i domstol.

Kringtid

I SKL:s kartläggning av ”LOV-kommunerna” ställdes frågan om hur stor andel av personalens arbetstid som är hemma hos brukare, det vill säga brukartid. 68 kommuner har redovisat brukartiden. Den varierar mellan 47 och 84 procent och är i genomsnitt 63 procent. Resterande tid är så kallad kringtid. I denna ingår dels ofrånkomlig tid, dels sådan tid som är beroende av kommunens ambitioner vad gäller kvalitet.

I den ofrånkomliga tiden ingår framförallt gångtiden mellan omsorgsmottagarna. I den tid som påverkas av kommunens, och utförarnas, ambitioner ligger t.ex. kompetensutveckling, reflektionsmöten, dokumentation, att schemalaggningsen prioriterar kontinuitet och att det finns tid för samverkan med biståndshandläggare, anhöriga och primärvården.

Den arbetstid som går åt för att förflytta sig mellan dem som personalen ska hjälpa under en arbetsdag beror dels på avståndet, dels på hur många som ska ha hjälp. Med många korta besök ökar den andel av arbetstiden som går åt att förflytta sig. Det är särskilt tydligt för personal som arbetar kvälls- och nattetid. Avståndet mellan ett företags kunder skiljer inte bara mellan glesbygd och tätort utan också mellan ett företag som valt att avgränsa sig geografiskt och ett företag som har kunder över hela eller stor del av kommunen. Ett företag som specialiserat sig på en viss grupp av äldre får större andel förflyttningstid än ett företag som har många kunder i ett avgränsat geografiskt område. Ett företag som vid sin schemaläggning prioriterar korta gångtider före att det ska vara samma personal som utför insatserna får lägre andel förflyttningstid. Korta gångtider och därmed mer tid hos kund behöver således inte vara ett exempel på god kvalitet.

I vad man skulle kunna kalla ”ambitionstid” ingår en rad olika aktiviteter, som påverkar kvaliteten i insatserna. Här ingår bl.a.

- Tid för möten, som morgonmöte för att slutplanera dagens arbete och överlämna information som inte finns dokumenterad, arbetsplatsmöten (APT-möten), reflektionsmöten och/eller handledningsmöten.
- Tid för dokumentation. Dokumentationen, som t.ex. levnadsberättelse och genomförandeplan, är grunden för ett systematiskt arbete för den enskilde äldre och ett kontinuerligt lärande för arbetslaget.

- Tid för kompetensutveckling. Utöver det kontinuerliga lärande som följer av regelbunden reflektion och handledning samt av att använda och utvärdera genomförandeplanerna krävs påfyllnad av kunskap inom det vida område som hemtjänsten omfattar. Personal som inte har grundutbildning behöver få grundutbildning. Personal med bristande svensk-kunskap behöver få språkutbildning och språkstöd (Jansson 2011).
- Tid för samverkan. Det behövs tid för distriktssköterskans information vid delegeringar, det behövs tid hemma hos den äldre för att få instruktioner av distriktssköterska och rehabpersonal. Det behövs tid för hemtjänstenheten att utveckla samverkansformer med sina vårdgrannar, och att medverka i att göra samordnade individuella vårdplaner (SIP).

Det är främst denna tid som kan krympas när kommunen har en ersättningsmodell som bygger på utförd tid. Nivån på ersättningen måste vara tilltagen så att den rymmer de aktiviteter som krävs för ett systematiskt kvalitetsarbete och en kontinuerlig kompetensutveckling. Kommunen behöver också i sitt system för uppföljning kontrollera att detta ekonomiska utrymme faktiskt används. Det finns ännu inga utvärderade modeller av hur denna tid kan beräknas.

Beräkningen av ersättningen

Den ersättning en utförare får för en utförd hemtjänststimme ska således rymma såväl tiden hos kunden, tiden att förflytta sig mellan kunderna och de aktiviteter vi här kallat för ”ambitionstid”. Den ska också täcka kostnader för hemtjänstenhetens ledning, lokaler, administration, utbildning m.m. Det är inte enkelt att göra en korrekt beräkning av den ersättning utförarna ska ha. Både SKL och Kammarkollegiet har tagit fram stöd (SKL 2009, Kammarkollegiet 2012).

Bland problemen som möter en kommun är exempelvis:

- Vilken lönenivå ska vara utgångspunkten? Det blir t.ex. skillnad om kommunen utgår från att företagen inom kundvalet har kollektivavtal, fasta anställningar, erfaren och utbildad personal eller om utgångspunkten är ett bedömt snitt av verkliga lönenivåer.
- Hur ska vikariekostnaden beräknas för den del av sjukfrånvaron som arbetsgivaren betalar, semester och utbildningar?
- Hur ska kostnaderna för ledning, utbildning, material, IT-stöd, lokaler och administration beräknas?
- Hur ska ”kringtiden” beräknas?
- Ska ”bomtid” ersättas och i så fall hur? Dubbelbemanning?
- Hur ska ”ambitionstiden” beräknas?

En teoretisk beräkning Äldrecentrum gjort visar på att en timkostnad i tätort kan ligga mellan 390 och 450 kr (inkl. momskompensation, exkl. trygghetslarm och nattinsatser) beroende på beräkningsgrund och ambitionsnivå.

Beräkning av tiden

Den tid biståndshandläggaren bedömer för de beviljade insatserna är utgångspunkten för schemalaggningsen av hemtjänstpersonalens arbete. Det är därför viktigt att denna tid är tillräcklig för att ge hemtjänsten förutsättningar att ge en bra och individanpassad omsorg. Sammantaget framstår tidsbedömningen som den mest centrala delen i de förutsättningar en kommun ger sina utförare.

Det är svårt för biståndshandläggaren att göra en träffsäker tidsbedömning. När bedömningen görs inför utskrivning från sjukhus är det nästan omöjligt. För att den bedömda tiden ska bli korrekt krävs ett förtroendefullt samspel mellan biståndshandläggare och utförare. Det skiljer mellan olika kommuner hur detta görs och hur väl det fungerar. Någon samlad bild finns inte.

Hälsosituationen hos äldre med hemtjänst varierar, och därmed behoven. Den äldre kan ha önskemål om att få prioritera om både mellan vad som ska göras och när det görs. Det är behoven för dagen som måste få styra, och då krävs lyhördhet för den äldre och en professionell frihet för omsorgspersonalen att kunna vara lyhörd. Därför behöver det finnas en frihet att anpassa tiden till föränderliga behov inom den tidsram som biståndshandläggaren beräknat. Vad som ska göras och vilken tid det tar bör inte låsas av ett biståndsbeslut.

Beräkningen av tiden, erfarenheter från Stockholms stad

Stockholms stad liksom många andra kommuner använder schabloner som hjälpmedel för att tidsberäkna de biståndsbeslutade insatserna. Samtidigt ska det göras individuella bedömningar, alla omsorgsmottagare är olika. Särskilt viktigt är det när det gäller äldre med särskilda behov, på grund av till exempel demenssjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Detta är en svår uppgift.

Att biståndshandläggarna har kunskap för att kunna fatta rätt beslut ansåg de hemtjänstchefer som intervjuats för denna rapport var viktigt. Att de exempelvis vet vad demenssjukdomar eller stroke innebär. När besluten varierar kan det bero på biståndshandläggarens kunskaper. *”Det är svårt för dem att kunna alla sjukdomarna. Har man kompetens när det gäller demens, då får man en annan beställning för då ser man behovet. Det är skillnad. Men en handläggare som inte kan detta, och bara går efter schablon då kan vi från början se att det inte fungerar.”*

Tidigare studier Äldrecentrum genomfört visade på stor skillnad mellan olika biståndshandläggare i biståndsbesluten vid liknande behov (se t.ex. Lagergren 2002). Några liknande studier har inte gjorts sedan dessa. Arbetet med att utveckla tidsschabloner och likvärdiga metoder för bedömningen bör ha minskat skillnaderna mellan olika biståndshandläggare. Svårigheterna att använda schablonerna så att tidsbedömningen blir rätt för den enskilde äldre kvarstår.

Om tidsbedömningen är för snäv blir det inte möjligt för hemtjänsten att göra arbetet på ett bra sätt. Intervjustudier Äldrecentrum genomfört såväl för denna studie som tidigare (se t.ex. Gens & Wånell 2013) visar att det kan vara svårt för

en utförare som ser att tiden är för knapp för att utföra de beviljade insatserna att få biståndshandläggaren att bevilja utökad tid. Detta bekräftas av de intervjuer som gjorts inom ramen för denna studie. För att beställar-utförarmodellen ska kunna fungera krävs en förtroendefull samverkan mellan biståndshandläggaren och de enheter som utför hemtjänsten. Det är ju omsorgspersonalen som lär känna de äldre och ser vilken tid som behövs. För biståndshandläggaren kan det dock vara svårt, om handläggaren inte känner utförarenheten väl, att se om tidsbristen beror på för lite bedömd tid eller på dålig organisation eller bristande kompetens hos utföraren.

I den översyn Stockholms stad gjorde 2011 av ersättningsnivåerna ingick en enkät till utförarna. Av denna framgår att det utförarna framförallt lyfte fram var att den biståndsbedömda tiden inte räckte för att utföra uppdraget (Ramböll 2011).

I de intervjuer som gjorts inom ramen för denna studie med handläggare och verksamhetschefer i Stockholms stad framkommer att tidsbedömningen riskerar att bli snävare när stadsdelsförvaltningen har sparbeting, och att neddragningar av tid vid en omprövning inte alltid beror på att den äldre faktiskt har fått ett minskat behov. Hur stor risken är för att budgetutrymme snarare än biståndsbehov styr tidsbedömningen går inte att uttala sig om, även om några av de studier som refererats ovan antyder att budgetramarna styr biståndsbesluten.

Ersättnings- och avgiftssystemen

I intervjuerna med några av de kommuner vars modeller för biståndshandläggning och ersättningssystem redovisats ovan har framkommit att det förekommer att företag fakturerar för tid de sannolikt inte kan ha utfört. Liknande har framkommit i intervjuerna med personal i Stockholms stad. En väg som diskuteras på tjänstemannaplanet i några kommuner är att koppla ersättningssystem och avgiftssystem med varandra. En avgift som höjs per beviljad timme och med ett relativt lågt belopp per timme (t.ex. 50 kr) skulle enligt detta resonemang kunna ge signaler från omsorgsmottagare som konstaterar att de betalar för tid som inte utförs. Det skulle vara en hjälp för kommunen i sin kontroll av att hemtjänstföretagens fakturering är korrekt. Modellen har, så långt kunnat utrönas inom ramen för denna studie, inte prövats i praktiken.

UPPFÖLJNING

Sammanfattning

Det är kommunens ansvar att säkerställa kvaliteten i den hemtjänst kommunen beviljar, oavsett vem som utför insatserna.

Krav en kommun kan ställa kan vara på såväl struktur-, process- som resultatnivå. Idealet är att mäta resultatet, vilket är svårt. De indikatorer som går att få fram är främst hänförliga till struktur, som personalens utbildningsnivå och personalkontinuitet. Kvalitet i hemtjänsten är svårfångad – den uppstår i mötet mellan omsorgspersonal och omsorgsmottagare, och låter sig inte så enkelt beskrivas, mätas och värderas.

I sitt uppföljningsarbete har kommunerna olika hjälpmedel, som Socialstyrelsens brukarundersökning (Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?) och Kommun- och enhetsundersökningen. Kommunens egna instrument är bl.a. avtalsuppföljningar på utförarnivå och biståndshandläggarnas uppföljningar på individnivå. Om resultaten från biståndshandläggarnas individuppföljningar tas till vara på ett systematiskt sätt så kan det bli en viktig del i kommunernas uppföljningsarbete.

Stockholms stad har sedan 1997 tre anställda äldreomsorgsinspektörer. Deras arbetsätt med deltagande observation utvärderades av Äldrecentrum 2001. Slutsatsen då var att det inte går att hitta snabbare vägar, om man har för avsikt att verkligen få ett grepp om vad som sker i mötet med den enskilde omsorgsmottagaren och se verksamhetens olika delar. Stockholms stad beslutade 2013 att i en försöksverksamhet vidareutveckla modellen för uppföljning med deltagande observation som metod, som komplement till de andra metoder för uppföljning som staden tillämpar, så som screening, intervjuer och dokumentgranskning. En erfarenhet som redovisas från denna försöksverksamhet är att den bild av kvaliteten som den traditionella uppföljningen ger ofta inte stämmer överens med den bild av kvaliteten som kommit fram genom kvalitetsobservationerna. I fokus i observationsmetoden är den personcentrerade vården. Det handlar om att se vad som faktiskt sker i mötet mellan personal och omsorgsmottagare och inte vad som borde ske.

Kommunernas ansvar

Oavsett om hemtjänst utförs i kommunens egen regi eller av en privat utförare är kommunen huvudman och har det övergripande ansvaret. Innan en kommun eller ett landsting lämnar över en kommunal angelägenhet till en privat utförare ska kommunfullmäktige se till att kommunen tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten (3 kap. 19 § kommunallagen, KL). Nämnernas ansvar för uppföljning och kontroll framgår av 6 kap. 7 § KL. I ansvaret ingår att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer

som kommunfullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Av förarbetena till LOV framgår att kommunen bestämmer vad verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet ska vara. Kommunen ansvarar även för uppföljning och utvärdering. Kommunen bär ansvaret för kvaliteten i det de privata utförarna utför på samma sätt som när kommunen bedriver verksamheten i egen regi (prop. 2008/09:29 sid 19f).

Hur kommunen ska fullfölja sin uppföljning regleras inte i kommunallagen. Möjligheten att kontrollera och följa upp verksamhet som är överlämnad till privata företag måste säkerställas via avtal med utförarna (SOU 2013:53 sid 85)

Systematiskt kvalitetsarbete

De som utför hemtjänst ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning. Ledningssystemet ska vara ett verktyg för att systematiskt arbeta med att uppnå god kvalitet. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen 2012 a).

Utföraren har ansvaret för att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet i en verksamhet (3 kap. 3 § andra stycket SoL).

Svensk standard

Ett exempel på hjälpmedel för det systematiska kvalitetsarbetet är Svensk standard (SS 872500:2015, fastställd av Swedish Standards Institute, SIS 2015-04-08). Denna standard syftar till att säkerställa en trygg och säker äldreomsorg, som utgår från ett personcentrerat och salutogent förhållningssätt. Standarden ska kunna användas av beställaren som upphandlingsunderlag och därmed som ett stöd vid uppföljning, och av utföraren som stöd för att planera, leda, genomföra och systematiskt utvärdera och förbättra verksamheten (SIS 2015).

Standarden är omfattande, kräver mycket dokumentation, och utgår helt från mätbara indikatorer. Den kan ses som en värdefull checklista. Innan den får en bredare användning bör den få en vetenskaplig utvärdering för att pröva om de informationskällor standarden anger för att mäta de olika kvalitetskraven är relevanta och faktiskt mäter det som framhävs som mål för denna svenska standard – att öka den äldres välbefinnande. Så som den är upplagd är det sannolikt att den snarare mäter olika, om än många, delar, med tonvikt på medicinsk säkerhet, men inte förmår mäta det som är hemtjänstens väsen – det goda mötet mellan omsorgsmottagare och omsorgsgivare. Och det är just det som är personcentrerad omvårdnad, och som kan skapa trygghet och välbefinnande. Det är också önskvärt att pröva om den tid det tar att dokumentera och analysera de data som standarden anger står i rimlig proportion till nyttan.

Kan kvalitet i hemtjänsten mätas?

Svensk standard (SIS 2015-04-08) aktualiserar frågan om kvalitet i hemtjänst låter sig mätas. En vanlig definition av begreppet kvalitet är den som formulerats av Standardiseringskommissionen i Sverige; ”*alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov*”. Som vi redovisat i avsnittet om hemtjänsten är det en komplex tjänst där kvaliteten i tjänsten växer fram i mötet mellan omsorgsmottagare och personal. Det finns inga enkla mått på detta möte. Kvalitetsfaktorer som avser effekterna av insatserna för den äldre är svåra att mäta och det saknas i dagsläget till stor del validerade och tillförlitliga mått på resultat i hemtjänsten.

Struktur

Omsorgsmottagaren blir vanligen inte frisk, behoven av äldreomsorg kvarstår, och ökar, livet ut. Den norska omsorgsforskaren Kari Wærness talade om ”den resultatlösa omsorgen” (Wærness 1980). Det kan ses som ett argument för att följa upp strukturfaktorer som kan ses som förutsättningar för att det ska bli en god kvalitet. Med ledning av beskrivningen i avsnittet om hemtjänst kan följande ges som exempel:

- Tillgänglig och kompetent chef, som har adekvat utbildning och yrkeserfarenhet, som kan handleda, snabbt ge råd och stöd när det uppstår frågor och problem hemma hos en omsorgsmottagare, stödja personalen i deras kompetensutveckling och som kan arbeta systematiskt med kvalitetsutvecklingen.
- Kunnig och erfaren omsorgspersonal i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12).
- Kontinuitet och kontaktmannaskap.
- Tillräckligt med tid för att utföra insatserna så att det går att uppnå en personcentrerad och kunskapsbaserad omsorg.
- Teambaserat arbetssätt.

Den fjärde punkten är närmast ett krav på kommunen som beställare av tjänsterna att ge de rätta förutsättningarna och den sista ett krav på kommun och landsting gemensamt, medan de tre andra är krav som bör och kan ställas på utförarna.

Organisatoriska förutsättningar

Strukturella kvalitetsindikatorer kan också ge en bild av hur väl huvudmännen har organiserat vården och omsorgen. För en multisjuk äldre kan en indikator belysa vilka möjligheter den äldre har att inom kundvalets och vårdvalets ramar få välja *ett* team som arbetar både inom kommunens kundval och inom landstingets vårdval. För en person med demenssjukdom kunde en indikator vara

vilka möjligheter den äldre med en demenssjukdom har att få hjälp av en specialiserad demensgrupp i det ordinära boende. För den som skrivs ut från sjukhuset kunde en aspekt av strukturell kvalitet vara om landstinget och kommunen utformat en struktur som säkerställer att alla involverade kan delta i vårdplanering vid utskrivning från sjukhuset och att den äldre kan garanteras en trygg och sammanhållen vård och omsorg när hon/han kommer hem från sjukhuset.

En ofta försummad aspekt är äldreomsorgens träffsäkerhet. Får alla med behov hemtjänst eller finns det personer som lever i en misär där kommunens uppsökande verksamhet missat? Får anhöriga det stöd och den avlösning de behöver?

Process

Processkvalitet kan t.ex. vara arbetssätt, att personalen arbetar efter beprövad metodik som bygger på tillgänglig evidens. Sådana mått kan dock vara riskabla i en verksamhet som hemtjänst. Det är ont om forskning där metoder och arbetsformer värderats, det saknas därför i stor utsträckning evidens för vad som är rätt arbetssätt.

Resultat

Det önskvärda är att kunna mäta resultat och belöna vad som uppnåtts, inte bara mäta att utförarna gjort något och belöna om de gjort det på ett sätt man tror, men inte vet, är bra. Resultatet kan vara den äldres subjektiva upplevelse av hemtjänsten. Det kan också bygga på objektiva mått för hur hemtjänsten underlättar vardagen och främjar den äldres hälsa och livskvalitet. Resultatet kan mätas på olika sätt, t.ex.

- hur omsorgsmottagaren upplever bemötandet och hur de olika insatserna utförs,
- hur insatserna främjar självbestämmande och välbefinnande,
- hur insatserna främjar hälsa och förmåga att klara sig själv.

En möjlighet kan vara att följa upp resultat utifrån de mål som ställs i biståndsbeslutet. Som nämnts ovan kan ÅBIC då vara ett hjälpmedel för både biståndshandläggare och utförare.

Exemplet mat/nutrition

De olika aspekterna av kvalitet kan exemplifieras med insatsen hjälp med maten från hemtjänsten. Strukturmått kan vara personalens kompetens vad gäller näringslära, specialkost och kunskap om att laga mat, liksom näringsinnehållet i den mat hemtjänsten tillhandahåller. Processmått kan vara hur maten kommer på bordet (matlåda, mat lagad på plats). Resultatmått kan vara att den äldre tycker att maten är god och att måltiden är en trivsamt del av dagen, men också att den äldre inte går ner i vikt och liknande hälsomått.

Öppna jämförelser

En modell för utveckling av kvalitetsindikatorer togs fram av Socialstyrelsen i samarbete med SKL år 2007. Sedan dess redovisas ett antal indikatorer om

äldreomsorgen i Öppna jämförelser. En rad olika datakällor används som underlag för jämförelserna. De primära källor som används i dag är:

- enkäter till landsting, kommuner och andra verksamheter på enhetsnivå
- officiell statistik
- Socialstyrelsens register
- enkäter till omsorgsmottagare och patienter
- kvalitetsregister (för vård och omsorg om äldre, bl.a. Senior Alert).

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa arbetet med att utveckla Öppna jämförelser. I sin sammanfattning konstaterar Socialstyrelsen att *”Öppna jämförelser av socialtjänsten och hemsjukvården har fått genomslag och används idag i hög utsträckning av kommunerna. Jämförelserna har bidragit till en ökad uppmärksamhet på kvaliteten inom socialtjänsten. De fungerar som ett av flera stöd för nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde”*. Socialstyrelsen konstaterar dock att tillgången på individbaserade registerdata inom socialtjänstens område är begränsad. *”Kommuner dokumenterar idag sällan enskildas behov, verksamheternas insatser och resultat för brukarna på ett mätbart och tillförlitligt sätt som kan redovisas på aggregerad nivå”* (Socialstyrelsen 2015 a). Det innebär att det alltjämt, trots ett omfattande utvecklingsarbete, i huvudsak saknas bra resultatmått i Öppna jämförelser.

Att använda Öppna jämförelser

Det som lockar med Öppna jämförelser är att det blir tydligt. Verksamheten kan beskrivas med siffror och tabeller, och landets kommuner färgläggs efter hur man ligger till i förhållande till andra kommuner (rött för de 25 % sämsta, gult för de 50 % i mitten och grönt för de 25 % som ligger bäst till – vilket dock inte behöver innebära att de kan betecknas som tillräckligt bra, bara att de är bra i förhållande till andra kommuner). Det finns en förment objektivitet i dessa data.

Indikatorer ger delar av helheten. De är indirekta mått och behöver tolkas och analyseras. En indikator säger i sig ingenting om en verksamhet är bra eller dålig.

När indikatorerna i Öppna jämförelser och andra indikatorer används är det därför viktigt att beakta risken att man följer upp de aspekter av en verksamhet som är lättast att fånga genom relativt lättillgängliga data (t.ex. i register, verksamhetsstatistik). Man mäter det som går att mäta men som inte nödvändigtvis är det mest relevanta och som inte ger en helhetsbild av hur resultatet av omsorgen blir för den äldre.

I en rapport från FoU i Väst redovisas en studie i tre västsvenska kommuner. I två kommuner hade Öppna jämförelser fått stort genomslag. Dessa båda kommuner anpassade sig till de Öppna jämförelserna och la ner mycket tid på att ta fram och använda data. Trots detta fanns det bland användarna påtagliga tvivel till datauppgifternas kvalitet, och en uppfattning att det var en slagsida mot

sjukvård. Synpunkter som framfördes var att de ”hårda” indikatorerna inte förmår fånga upp äldreomsorgens mjukare aspekter, att de hämmade kreativitet och innovationer och att de inbjöd till ”kreativ bokföring”. Den kommun som ägnade minst uppmärksamhet och tilltro till Öppna jämförelser hade en bättre utveckling än den kommun som ägnade störst uppmärksamhet och tid åt dessa jämförelser (Lindgren 2012).

En klar begränsning är således att det ännu i alltför hög utsträckning saknas forskning där de indikatorer som används i t.ex. Äldreguiden och Öppna jämförelser testats och validerats – mäter de det man tror? hur tillförlitliga är de? Andra frågor är om de överhuvudtaget är relevanta (Socialstyrelsen 2011 b) och om de viktigaste aspekterna av kvaliteten täcks.

Syftet med kvalitetsindikatorer, och sammanställningar som Öppna jämförelser är att styra och utveckla äldreomsorgen mot högre kvalitet och effektivitet. Om Öppna jämförelser har denna förmåga vet vi dock inte särskilt mycket om (Lindgren 2012).

Om indikatorer på kvalitet ska användas som ett styrmedel i uppföljning eller ersättningssystem finns det en risk att verksamheten fokuserar på just dessa indikatorer. En sådan styrning kan, om den inte är välgrundad, innebära att verksamheterna fokuserar på områden som är förhållandevis enkla att mäta men som enbart täcker en liten del av relevanta kvalitetsfaktorer – och kanske inte ens de viktigaste. ”*Det som mäts kanske blir gjort, men det är också det enda som blir gjort*”. Andra risker är att det som mäts blir viktigare än den professionella kunskapen hos omsorgspersonalen och att verksamheten därmed avprofessionaliseras och personalen känner sig ständigt övervakad (Lindgren 2012). Om fokus ligger helt på vissa isolerade kvalitetsfaktorer kan det i sämsta fall leda till att den sammanlagda kvaliteten av hemtjänsten blir sämre för den äldre.

Ett exempel från hemtjänsten kan återigen vara hjälp med maten. Där finns kvalitetsaspekter som är relativt enkla att mäta, t.ex. om den äldre får välja mellan olika maträtter eller hur näringsinnehållet i maten är. Om enbart dessa indikatorer skulle vara styrande för hur man bedömer kvaliteten av matsituationen – helt enkelt för att dessa indikatorer är lätta att mäta – så skulle man oavsiktligt kunna styra mot en faktisk kvalitetsförsämring av hela matsituationen. För att få grepp om kvaliteten av matsituationen för den äldre behöver istället ett flertal andra aspekter vägas in, t.ex. hur maten serveras, läggs upp, ser ut, luktar, om den äldre tycker om maten och faktiskt äter, om det går att få sällskap mm.

Brukarundersökningar

Socialstyrelsens brukarundersökning (Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?) har ambitionen att spegla hur omsorgsmottagaren själv bedömer sin hemtjänst. Det är en nationell undersökning där alla äldre över 65 år som har hemtjänst eller bor i särskilt boende svarar på frågor om kvaliteten på den omsorg de har. Ett problem med brukarundersökningarna är dock att nöjdhet bl.a. är beroende

av de förväntningar omsorgsmottagaren har. Förväntningar kan skifta beroende av utbildning och tidigare yrkes- och livserfarenheter. De kan också påverkas av det man tror är realistiskt. Om man t.ex. vet att personalen alltid har bråttom så är det möjligt att man värderar sin nöjdhet utifrån denna förutsättning. Det har också visat sig att frågeformuleringarna är av betydelse för hur man svarar: Ju mer generell en fråga om nöjdhet är (t.ex. i stil med ”i det stora hela, hur nöjd är du med ...”) desto större andel svarande är nöjda jämfört med om man frågar mer specifikt om hur omsorgsmottagaren upplever vissa aspekter i hjälpen.

Svaren kan också skilja sig beroende på om den äldre själv fyllt i enkäten eller om en anhörig hjälpt till. Då är frågan om den anhörige svarat efter hur nöjd den äldre är eller hur nöjd den anhörige själv är med insatserna den närstående fått. Generellt är det alltid svårt att svara på subjektiva bedömningsfrågor i någon annans ställe, särskilt när det inte är möjligt att fråga den äldre själv, t.ex. på grund av allvarlig kognitiv nedsättning. Då är det snarare den anhöriges tolkning av den äldres situation som kommer till uttryck.

Vilka krav som ställs kan också skilja mellan olika samhällsgrupper och leda till skillnader i hur likvärdig verksamhet värderas i olika stadsdelar.

Det finns studier som visar på att de mest sjuka äldre, med omfattande insatser, är överrepresenterade i bortfallet, särskilt personer med en demenssjukdom (Österman & Hols-Salén 2013). Konsekvensen blir att vissa grupper inte är representerade och man får en missvisande bild av äldres syn på omsorgsinsatserna.

Sedan 2013 är Socialstyrelsens brukarundersökning en totalundersökning och därmed kan resultaten redovisas på enhetsnivå. För enheter med färre än 30 svarande sker en viss begränsning i vad som redovisas.

I Socialstyrelsens uppföljning av öppna jämförelser 2010-2014 konstateras att *”För att kunna genomföra etiska och tillförlitliga undersökningar som kan användas i verksamhetsutveckling behöver metoder för brukarundersökningar för de olika brukargrupperna utvecklas”* (Socialstyrelsen 2015 a).

För mycket fokus på uppföljning och kontroll?

Utökade krav på uppföljning kan riskera att leda till en onödig administrativ börda på kommuner och landsting samt på de privata utförarna. Det kan också ifrågasättas om omfattande kontrollsystem verkligen kan framtvunga en god kvalitet. Risken finns att utföraren utför sådant som följs upp och inte ser till vikten av god kvalitet i helheten (SOU 2013:53).

I det styrsystem som under 1990-talet och början av 2000-talet varit vanligt i offentlig sektor – New Public Management (NPM) – är systematisk uppföljning en viktig del. Det finns en risk att uppföljningen blir för omfattande, att ekonomin blir central, och att fokus kan hamna på områden som är mätbara och inte direkt relaterar till den verksamhetskunskap som personalen i vård och omsorg

har. I en studie om verksamhetschefers möjlighet att hantera styrningen konstateras att uppföljningssystemen tar för mycket tid i anspråk och att chefernas handlingsutrymme minskat på ett sätt som inte gagnat verksamheten. Mål och medel hänger inte ihop, vilket skapar målkonflikter som verksamhetschefen måste bära själv. Forskarna som gjort studien framhåller vikten av verksamhetschefens behov av nära stöd, avgränsade mål och vikten av tillit (Kankkunen m fl. 2015).

Bred och nära uppföljning i verksamheterna

Den ideala situationen kan beskrivas som att någon i ett samtal med den äldre lyhört tar reda på hur vården och omsorgen fungerar, vad som skapar trygghet och vad den äldre helst skulle vilja ha på annat sätt. Frågar man hemtjänsttagare om de är nöjda så svarar många ja, för alla de som kommer hem till en är ju så rara. Men de är många. Och ont om tid har de. Men man kan ju inte klaga på dem. Frågar man lite till i ett samtal så hör man mer. Och är man dessutom på plats, och med tränade ögon ser hur det fungerar, då får man en säkrare bild. Först då kan man få en grund där man kan uttala sig om ifall det är bra eller dåligt, och om det blivit bättre eller sämre sedan förra inspektionen.

Något åt det hållet kan vi finna i de årliga inspektioner som görs vid engelska äldreboenden (Socialstyrelsen 2009).

Biståndshandläggarnas individuppföljning

Den individuppföljning som biståndshandläggarna gör vid uppföljning av och nyprövning av biståndsbeslut kan utvecklas till en fungerande uppföljning även av utförarna. Förutsättningen är att delar av biståndshandläggarnas uppföljning systematiseras så att kunskapen kan aggregeras.

Simrishamns kommun har utvecklat en modell, som flera andra kommuner tagit efter. Biståndshandläggarna ställer där vid sina hembesök alltid fyra-fem frågor, där svaren sedan dokumenteras på ett sätt så att de kan sammanställas och redovisas på utförarnivå. Frågorna som handläggarna ställer är kopplade till nämndens nuvarande mål och avser bemötande, kvalitet, kontinuitet, mat och delaktighet (Socialstyrelsen 2014 d). I Simrishamn används de sammanlagda resultaten bl.a. till att utse ickevalsalternativ inom hemtjänsten och som en del av kommunens verksamhetsuppföljning. Erfarenheten är att resultaten med tiden används mer och mer i arbetet hos utförarna och att de upplever resultaten som viktiga. Hos biståndshandläggarna har detta blivit en arbetsuppgift som tydligt tillhör själva uppföljningen av beslut.

Stockholms stads former för deltagande observation

Kommunfullmäktige i Stockholms stad inrättade 1997 en funktion som äldreomsorgsinspektörer. Syftet med funktionen var att granska om stadens äldre får en god och jämn kvalitet i omvårdnaden samt lyfta fram goda exempel. Utgångspunkten i granskningen var de politiskt uppställda målen samt kvalitetskrite-

rier. Granskningen gjordes ur ett professionellt perspektiv och den centrala frågeställningen var på vilket sätt den givna omvårdnaden och servicen tillgodosåg pensionärernas behov. Äldreomsorgsinspektörerna granskade all utförd äldreomsorg i Stockholms stad.

De metoder som användes var deltagande observationer, intervjuer samt dokumentgranskning. Granskningen var uppdelad i olika steg och avslutades med återkoppling/dialog till enhetschef och arbetslag samt slutlig analys och rapportskrivning. Olika metoder kompletterade varandra och gav en mångfacetterad bild av verksamheten. Fördelen var att observatörerna följde vardagens arbete på nära håll. Den informationsmängd som fångades in vid deltagande observationer skulle enligt en utvärdering Äldrecentrum gjorde vara svår att ersätta med andra metoder. Dessutom kompletterade metoderna varandra i granskningens olika steg. Granskningen innebar att verksamheterna svårligen kunde dölja eventuella fel och brister (Norman 2001).

Finns det då några genvägar att gå? Äldrecentrums bedömning i en utvärdering av metodiken var att det inte går, om man har för avsikt att förstå vad som sker i mötet med den enskilde omsorgsmottagaren och se verksamhetens olika delar (a.a.).

Staden håller under hösten 2014 och våren 2015 på att bygga upp en enhet som ska arbeta med observationer som metod. På uppdrag av stadsdirektören startade ett projekt i mars 2013 ”med uppgift att ta fram en metod som bättre styr verksamheten till god kvalitet ur brukarnas perspektiv och som stödjer och driver kvalitetsutveckling och effektivitet i verksamheten”. Utgångspunkten var att ”Mycket av den uppföljning som görs idag inom äldreomsorgen fokuserar på uppföljning av systemkvalitet och dokumentation, inte på kvaliteten i den individuella vården. Ett problem med detta är att stadens styrning och uppföljning inte fångar personcentreringen i vården” (Stockholms stad 2014).

Projektet bedrevs under ett år, med deltagande observation på 34 vård- och omsorgsboenden. Metoden valdes så att uppföljningen skulle utföras samtidigt som tjänsten utförs. Inom projektets ram utvecklades och testades en metod för vad som benämns kvalitetsobservation (Stockholms stad 2014). Metodiken ligger nära den som redovisas av Norman (2001).

Syftet beskrivs av projektledaren som att skapa lust och vilja till förbättringar. Ledningen för den observerade verksamheten medverkar i analysen och observatören fungerar som ett bollplank. Vid samtalet beskrivs både goda exempel och utvecklingsområden som i sig kan vara omfattande och svidande men det ska göras utifrån ett konstruktivt förhållningssätt. Observatören klargör vid samtalet att det är ledningens ansvar att hantera situationerna som beskrivs. Kvalitetsobservationerna ska bidra till den lärande organisationen.

En erfarenhet som redovisas från denna försöksverksamhet är att den bild av kvaliteten som den traditionella uppföljningen ger ofta inte stämmer överens med den bild av kvaliteten som kommit fram genom kvalitetsobservationerna. Metoden har enligt författarna till slutrapporten egenskaper som skiljer den

från annat uppföljningsarbete Det beskrivs som att uppföljningen utgår från individen och inte systemet. I fokus är den personcentrerade vården. Det handlar om att se vad som faktiskt sker i mötet mellan personal och brukare och inte vad som borde ske.

I slutrapporten redovisas också intervjuer med nio chefer. Ett citat från dessa intervjuer är *”vi får genom dessa en återkoppling på hur det fungerar i verkligheten, en form av ”hands on”, observatörerna tittar på det som verkligen sker och inte på det som står skrivet och förväntas ske.”* Enhets- och verksamhetscheferna menade att annan typ av uppföljning som genomförs mer är av karaktären, att *”gå igenom papper och bocka av frågor vid sittande bord, den visar inte hur det är i praktiken”* (Stockholms stad 2014). Staden har beslutat att permanenta denna verksamhet.

SÅ SKULLE DET KUNNA VARA

Några exempel på omsorgsmottagare

Den grupp vars vardag och välbefinnande är särskilt beroende av hur hemtjänsten fungerar är nog vanligen de med många hemtjänsttimmar. Även om de är en liten ”kundgrupp” så bör de vara i fokus när hemtjänsten och hemsjukvården utformas. När Äldrecentrum gjort studier om hur hemtjänst och hälso- och sjukvård klarar att ge en sammanhållen och trygg vård och omsorg är det gruppen med stora behov som stått i fokus (t.ex. Gurner m.fl. 2006, Gurner 2012). Det är dessa äldre som vi möter i tre exempel nedan, både deras situation och en bild av hur vården och omsorgen kan – eller snarare skulle kunna – utformas. Exemplet belyser hur en god hemvård kan utformas och kan ses som en framtida utmaning att utveckla hemtjänsten. De bygger på faktiska personer medan de insatser som getts beskriver önskvärda förhållanden som kommit fram i dialogseminarier med personal.

Många sjukhusvistelser

Anna har hjärtflimmer, dålig hörsel, är yr och rädd för att falla, känner ofta oro och ångest. Hon har åtta läkemedel, förskrivna av olika läkare. Hon har svårt att hålla rätt på sin medicinering. På vårdcentralen möter hon olika läkare. Hon har hjälp av hemtjänst och hemsjukvård, och det är många olika som hjälper henne. Hennes dotter bor i en annan stad men försöker hjälpa henne så mycket som möjligt. Trots dotterns stöd känner Anna oro, och söker sig då till akuten.

Under senaste året har hon blivit inlagd på sjukhus vid tre tillfällen. För tre månader sedan blev Anna erbjuden att få hjälp av närvårdsteamet. Teamet erbjuder en geriatriker som kan göra hembesök dagtid, och koppling till den geriatriska klinikens läkare på jourtid, vilket gett Anna en fast och kompetent läkarkontakt. Teamet har distriktssköterska dygnet runt, liksom undersköterskor som sköter både hemsjukvården och hemtjänsten med hög personalkontinuitet. Knutet till teamet finns också fysioterapeut som hjälper Anna med ett träningsprogram som redan gör att hon klarar sig bättre själv, och arbetsterapeut som hjälpt henne med bl.a. en rollator. Anna känner sig nu trygg, hon säger att de kommer bara jag lyfter på luren. Hon åker inte längre till akuten. Oron har släppt och yrseln har gått över tack vare den läkemedelsöversyn geriatrikern gjorde. Dottern konstaterar att hon nu på nytt möter en glad mamma.

Bo kvar hemma

Pär är änkeman, länge vårdade han sin hustru, och det tog på krafterna. Strax efter att hustrun dog drabbades Pär av en stroke, som gör att Pär nu har svårt att röra sig, och den har också lett till en vaskulär demenssjukdom som gör att Pär har svårt att hålla rätt på vad han ska göra och inte klarar sina vardagliga sysslor. När Pär skulle skrivas ut från sjukhuset krävde därför Pärs son att Pär

skulle få en plats på ett vård- och omsorgsboende. Pär själv ville hem, men varken personalen på sjukhuset eller sonen ansåg att Pär hade någon som helst möjlighet att själv bedöma sin situation. Det kunde ju inte gå.

Biståndshandläggaren valde att vara lyhörd för Pärs så tydligt uttalade önskan att han ville bo hemma, inte på "institution". Hon ordnade så att Pär fick komma till den korttidsrehabilitering landstinget och kommunen gemensamt finansierar. Där fick Pär en god omvårdnad i en trivsamt miljö, hans nedstämdhet lättade, och han fick motivation att träna. Efter några veckor bedömde man gemensamt att han skulle kunna återvända hem, få träning av hemrehabiliteringen och erbjudas att få komma till en dagrehabilitering. Korttidsrehabiliteringen, hemrehabiliteringen och dagrehabiliteringen tillhör samma enhet med ett gott samarbete med varandra, vilket skapade en trygghet kanske särskilt för Pärs son. Rehabiliteringen samarbetar nära med hemtjänst och hemsjukvård, och kunde handleda omsorgspersonalen i hur de kunde stödja Pär i hans vardagliga träning i hemmet.

Pär återfick mycket av sin fysiska funktionsförmåga, men de kognitiva förmågorna kom inte tillbaka. Pär behövde hela tiden stöd och påminnelse, och några av omsorgspersonalen hade svårt att klara kontakten med Pär. Biståndshandläggaren föreslog då Pär och hans son att Pär skulle få hjälp av det speciella demensteamet, som har specialkunskap och kontinuerlig handledning. Nu bor Pär kvar hemma med hjälp av demensteamet, och trivs bra i sin invanda miljö – huset han själv en gång byggde. Husbygget minns han och talar gärna om, det som sker nu är det sämre att hålla rätt på, men det gör ju inget eftersom personalen är van och känner Pär väl. Demensteamet får handledning av hemrehabiliteringen och en geriatriker, och vid behov kommer de, liksom distriktssköterskan hem till Pär. De har alla en beredskap för att kunna klara försämringar, eftersom de har regelbunden gemensam vårdplanering tillsammans med Pär och hans son. Det man kommer överens om vid den gemensamma vårdplaneringen dokumenteras och följs upp. Ansvarig för att samordna detta, vara "dirigent", blir Pärs kontaktman i demensteamet.

Säker utskrivning från sjukhuset

Greta ska ännu en gång hem från sjukhuset. Greta är orolig. Gretas barn är bekymrade. En av döttrarna söker om ledighet från jobbet för att kunna bo hemma hos sin mor den första tiden. Hon vet ju att det aldrig fungerat förut. Senast när Greta skrevs ut så gick det visserligen en information via nätet till vårdcentralen, liksom till biståndshandläggaren. Men den som tog emot informationen på vårdcentralen missade att informera distriktsläkaren. Biståndshandläggaren blev informerad, men informationen nådde inte den hemtjänstutförare Greta valt. Så när Greta kom hem så möttes hon inte av någon från hemtjänsten, och det tog flera dagar innan distriktssköterskan i hemsjukvården fick reda på att det var nya läkemedelsordinationer. Det gick dock väl trots allt eftersom Gretas dotter släppte allt hon hade för händer och tog hand om sin mamma.

Nu lovade både sjukhuset och biståndshandläggaren att det skulle bli an-norlunda. Nu jobbar vi på ett annat sätt sa de. Det började på sjukhuset, vård-planeringen skedde med hjälp av video, så alla – biståndshandläggaren, kon-taktman i hemtjänsten, arbetsterapeuten och distriktssköterskan i hemsjukvår-den – kunde vara med trots att de inte kunde vara på plats på sjukhuset. Alla fick samma information, och de kom överens om vad var och en skulle göra för att det skulle bli tryggt när Greta kom hem. Och så kom man överens om ett datum ett par veckor efter hemkomsten för en gemensam vårdplanering. Allt fungerade efter hemkomsten. Den plan som gjorts upp för de första veckorna fungerade, och vid den riktiga vårdplaneringen i hemmet var alla på plats och kunde på ett pragmatiskt sätt enas om hur Greta skulle få hjälp på bästa sätt utifrån hur hon vill ha det. Vid det mötet kom man också överens om att di-striktssköterskan skulle vara den som var ansvarig för att samordna insatserna, och som Greta och hennes barn alltid kan kontakta. Man bestämde också tid för när man skulle återsamlas för att följa upp hur det fungerar.

REFERENSER

- Bergman, A. (2009). *Att leda inom äldreomsorgen – en litteraturgenomgång av enhetschefers organisatoriska sammanhang och arbetsvillkor*; bok, Karlstad University Studies
- Breitholtz, A., Snellman, I, Fagerberg, I. (2012) *Older people's dependence on caregivers help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions* International Journal of Older People Nursing 2012
- Bowin. R., & Norén, D., *Trygg hemgång i Ronneby. Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Lands-ting*. Stockholm: HCM Health Care management
- Dalin, T., Taxén, O., Werkelin Ahlin, A., Ölmebäck, E *Plats för proffsen, ett alternativ till New Public Management i hemtjänsten*. Stockholm: Kommunal 2015
- Dunér, A. & Nordström, M. (2003). *Dilemman i biståndsbedömarens yrkesutövning*. Rapport 1:2003. Göteborg: FoU i Väst.
- Edebalk, P. G. & Svensson, M. (2005). *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet*. TemaNord 2005:507. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Edebalk, P. G. (2011). *Kundval inom äldreomsorgen – om kunskap och forskningsbehov*. Lund: Meddelanden från Socialhögskolan 2011:7
- Falk, R. & Risberg, E. (2012) *RUT – en nödvändig lyx, äldre personer erfarenheter av och resonemang kring sitt användande av hushållsnära tjänster med rutavdrag*. C-uppsats, Stockholm: Stockholms universitet.
- Falk, H., Johansson, L., Ostling, S., Thogersen Agerholm, K., Staun, M., Host Dorfinger, L., & Skoog, I. (2014). Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age Ageing*, 43(5), 636-641. doi:10.1093/ageing/afu018
- Fors, S., Lennartsson, C., Agahi, N., Parker, M. G., Lundberg, O., & Thorslund, M. (2013). Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre [Increased prevalence of health problems among older people but increased ability to manage activities of daily living]. *Läkartidningen*, 110 (32-33), 1403-1405.
- Gens K. & Wånell S. E. (2013) *Hemtjänst för personer med demenssjukdom*, Rapport 2013:12, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- GR-regionen (2009) *Projekt hemtjänststimmen*

- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L., Shah-Shahid, Z. (2006) *Styckevis och delat, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för förutskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge*, Rapport 2006:7, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L., Shah-Shahid, Z., Berger, K (2007) *Äldre med stora och sammansatta behov*. Rapport 2007:6, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Gurner, U. (2012) *Utanför sjukhuset, Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*. Stockholm: SKL 2012
- Göteborgs stad (2013) *Förändrat arbetssätt och styrsystem inom hemtjänsten för att utveckla Göteborgsmodellen för ökat självbestämmande*. Göteborgs stad utredning Dnr 0665 13
- Hagman, L. (2014) *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre*. Rapport 2014:6, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Hammarström, G. & Torres, S. *Variations in subjective well-being when 'aging in place' – A matter of acceptance, predictability and control*. Journal om Aging Studies 26 (2012) 192-203
- Hartelius, Å. (2013) *Service management i hemtjänsten*. Göteborg: Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet ekonomi och produktionsteknik Chalmers Tekniska Högskola
- HCM Health Care Management. (2013). *Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare*. Stockholm: HCM november 2013, Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting.
- Hedlund, D. (2014) *Vardagens kontraktualisering – Om individuella genomförandeplaner i äldreomsorgen*. Socialvetenskaplig tidskrift 2014 3-4, sid 285-309
- Hellström Muhli, U. (2003). *Att överbrygga perspektiv. En studie av behovsbedömningssamtal inom äldreinriktat socialt arbete*. (Akademisk avhandling) Göteborg: Institutionen för vårdpedagogik
- Henriksson, S. & Örnstorp, B (2006). *Stöd utan krångel, Linköpingsmodellen inom svensk äldreomsorg*. Jakobsberg
- Hjalmarson, I. (2003a) *Valfrihet i äldreomsorgen – en reform söker sin form*. Rapport 2003:4, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Hjalmarson, I. (2003 b) *Tro, hopp och äldreomsorg*. Rapport 2003:2, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Hjalmarson, I., Norman, E., Trydegård, G-B. (2004) *Om man ska vara stötteleare åt andra måste man stå stadigt själv*. Rapport 2004:2, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

- Hjalmarson, I. & Norman, E. (2004). *Att välja hemtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Hjalmarson, I. (2006). *Man söker inte hjälp i onödan*. Rapport 2006:1, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Hjalmarson I & Wånell S.E. (2013) *Valfrihetens LOV*. Rapport 2013:1, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Hjalmarson, I. (2014) *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten?* Rapport 2014:2, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Hjalmarson I (2015) *Röster från hemtjänsten, några erfarenheter från hemtjänsten i Stockholm 2015*. Rapport 2015:5, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Högstedt, K., Åhlfeldt, E. (2010) *Vad fortlever från utbildningen Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt?* Haninge: Nestor FoU-center
- Janlöv, A-C. (2006). *Participation in needs assessment of older people prior to public home help. Older persons', their family members', and assessing home help officers' experiences*. (Akademisk avhandling. Lund: Lunds Universitet.
- Jansson, G. (2011) *Att sätta ord på vårdarbetarens yrkeskompetens*. Rapport 2011:7, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Karp, A., Agahi, N., Lennartsson, C., Lagergren, M., Wånell, S.E. (2013) *Ett hälsosamt åldrande - kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå*. Rapport 2013:5 Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Kammarkollegiet (2012), *Vägledning: Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg*. Kammarkollegiet 2012-12-18
- Kankkunen, T., Bejerot, E., Björk, L., Härenstam, A. (2015) *New Public Management i kommunal praktik, en studie om chefers möjlighet att hantera styrning inom verksamheterna vatten, gymnasium och äldreomsorg*. ISM-rapport 15 Västra Götalandsregionen, Institutet för stressmedicin 2015
- Karp, A., Agahi, N., Lennartsson, C., Lagergren, M., Wånell, SE (2013) *Ett hälsosamt åldrande Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå*, Rapport 2013:05, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Kastberg, G. (2010), *Vad vet vi om kundval? En forskningsöversikt*. Stockholm: SKL 2010
- Konkurrensverket (2013). *Kommunernas valfrihetssystem – med fokus på hemtjänst. Slutrapport*. Stockholm: KKV 2013:1
- Konkurrensverket (2014) *Kravspecifikation för upphandling av hemtjänst. Vägledning från Konkurrensverket 2 (2014)*

- Lagergren, M. (2002) *Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Liljeholmen*. Rapport 2002:5, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Lagergren, M. (2013) *Äldreomsorgens debutanter*. Rapport 2013:7, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Lagergren, M., Hedberg, R-M., Dahlén, I (2014) *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen, Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006-2013*. Rapport 2014:1, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Larsson, K. (2004). *According to Need? Predicting the Use of Formal and Informal Care in a Swedish Urban Elderly Population*. Stockholm: Stockholm University, Department of Social Work.
- Lindelöf, M & Rönnbäck, E. (2004). *Att fördela bistånd – om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*. (Akademisk avhandling). Umeå: Umeå universitet.
- Löfström, C. *Framtidens hemtjänst? Om valfrihet/inflytande, förenklad biståndsbedömning och nya yrkesroller, Utvärdering av Askimsmodellen*. Rapport november 2007 Göteborg: FoUiVäst
- Lindgren, L., Ottosson, M., Salas, O. (2012) *Öppna jämförelser, ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* rapport 2:2012, Göteborg: FoUiVäst
- Lundvall, K. (2012). *Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem – vad krävs?* Stockholm: Konkurrensverket Uppdragsforskningsrapport 2012:3
- Malmberg, J. (2013) *"Självkostnaden är den kostnad man bestämmer själv" En studie om ersättningskillnader och självkostnadskalkylering inom ramen för kundvalssystemet på hemtjänstmarknaden*. Masteruppsats Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet
- Marmot, M. (2004) *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our health and Longevity*. Henry Holt, New York
- Meinow, B., Parker, M. G., Thorslund, M. (2010). *Complex health problems and mortality among the oldest old in Sweden: decreased risk for men between 1992 and 2002*. European Journal of Ageing, 7(2), 81-90.
- Meinow, B., Parker, M., Thorslund, M. (2011). *Consumers of eldercare in Sweden: The Semblance of choice*. Social Science & medicine.73 (9)
- Meinow, B. & Wånell, SE. (2011) *Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll*. Rapport 2011:6, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Melin, S. (2004). *Socialtjänstens grunder. Centrala begrepp från A till Ö*. Stockholm: Gothia.
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Kartläggning av kommunernas arbetssätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet*. PM 2013:2, Stockholm.

- Norman, E. (2001) *Uppdrag granskning – Metoder för uppföljning av äldreomsorgen*. Rapport 2001:8, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Norman, E. (2007) *Att ta tillvara vårdbiträdernas kunskaper i biståndsbedömningen*. Rapport 2007:11, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Norman, E. (2010) *Biståndshandläggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov*. Rapport 2010:13, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Persson, T. (2008) *”Vad vill du ha hjälp med idag?” – utvärdering av Projekt Personlig Service vid gräshagens hemtjänst*. FoU-rapport 2008:2 Jönköping: Luppen Kunskapscentrum
- Prieto-Flores, M.E., Fernadez-Mayoralas, G., Rosenberg, M.W Rojo-Perez, F (2010) *Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age*. Qualitative Health Research 20, 1491-1499
- Ramböll (2011), *Översyn ersättningsnivåer inom hemtjänsten i Stockholms stad*. Ramböll 25 augusti 2011
- Regeringens proposition 2000/01:149 *Augifter inom äldre- och handikappomsorg*
- Regeringens proposition 2006/07:128 *Ny lagstiftning om offentlig upphandling och upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster*
- Regeringens proposition 2007/08:13 *Skattelättnader för hushållstjänster*
- Regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*
- Regeringens proposition 2009/10:116 *Värdigt liv i äldreomsorgen*
- Rosén, M. & Haglund, B. (2005) *From healthy survivors to sick survivors - implications for the twenty-first century*. Scand J Public Health, 33(2), 151-155
- Rydeman, I.B. (2013). *Discharged from hospital and in need of Home Care Nursing – experience of older persons, their relatives and care professionals*. (Akademisk avhandling) Stockholm: Karolinska institutet
- Schön, P., Hagman, L., Wånell SE. (2012) *Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre*. Rapport 2012:1, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- SIS (2015) *Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende*. Stockholm Svensk Standard SS 872500:2015 publicerad 2015-04-13
- (SKL 2009) *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå; hemtjänst och särskilt boende*. Sveriges Kommuner och Landsting 2009
- Socialstyrelsen (2007) *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Stockholm: Socialstyrelsen juni 2007

- Socialstyrelsen (2009) *Metoder och nyckeltal för uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada*. Stockholm: Socialstyrelsen 2009
- Socialstyrelsen (2011 a) *Vad vill de äldre veta? En sammanställning av studier om äldres val inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen 2011
- Socialstyrelsen (2011 b) *De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen 2011
- Socialstyrelsen (2012 a) *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen 2012
- Socialstyrelsen (2012 b) *Vad efterfrågar kommunerna – en sammanställning av vilka krav på kvalitet och krav på uppföljning kommunerna ställer i förfrågningsunderlag vid upphandling av vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen januari 2013
- Socialstyrelsen (2012 c) *Val inom hemtjänst och äldreboende – Fokusgrupper med äldre och anhöriga som valt utförare inom äldreomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen februari 2012
- Socialstyrelsen (2012 d) *Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Redovisning för 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen juni 2012
- Socialstyrelsen (2013 a) *Ställa krav på kvalitet och följa upp – en vägledning för upphandling av vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen januari 2013
- Socialstyrelsen (2013 b) *Äldres behov i centrum. Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
- Socialstyrelsen (2014 a) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014
- Socialstyrelsen (2014 b) *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen juni 2014
- Socialstyrelsen (2014 c) *Behov och insatser med nationellt fackspråk – försöksverksamhet inom äldreomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen april 2014
- Socialstyrelsen (2014 d) *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen juni 2014
- Socialstyrelsen (2015 a) *Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010-2014, Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015
- Socialstyrelsen (2015 b) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015

- Socialstyrelsen (2015 c) *Utvecklingen av Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI)*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015
- Socialstyrelsen (2015 d) *Stimulansbidrag LOV – slutrapport 2011-2014*. Stockholm: Socialstyrelsen 2015
- Sonde, L. & Wånell SE. *Samverkan på väg Rapport 2013:11*, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- SOSFS 2011:12 (S) *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre* Socialstyrelsens författningssamling
- SOSFS 2014:5 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*. Socialstyrelsens författningssamlingar
- SOU 2008:15 *LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem* Betänkande av Frittvalutredningen
- SOU 2013:53 *Privata utförare - kontroll och insyn*, delbetänkande från Utredningen om en kommunallag för framtiden
- SOU 2014:2 *Framtidens valfrihetssystem*, betänkande av utredningen om framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten
- SOU 2015:7 *Krav på privata aktörer i välfärden*, slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen, Stockholm 2015
- SKL (2009) *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå*, Sveriges Kommuner och Landsting 2009
- Stockholms stad (2010) *Riktlinjer för handläggning av ärenden enligt SoL och LSS inom äldreomsorgen* Stockholm: Äldreförvaltningen
- Stockholms stad (2014) *Slutrapport Uppföljning genom fördjupad kvalitetsanalys inom äldreomsorgen* Stockholm, Stadsledningskontoret september 2014
- Swan, Å. & Blusi, M (2013). *Hemtjänst – införandet av ett nytt arbetssätt med kunden i centrum*. Sundsvall: Kommunförbundet FoU Västernorrland rapport 2013:5
- Szebehely, M. (2011) *Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi*, i Hartman L (red) *Konkurrensens konsekvenser – vad händer med svensk välfärd* SNS förlag 2011
- Szebehely, M. (2012) *Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar?* i Andersson L & Öberg P (red) *Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden* Liber förlag 2012
- Theelin, A. & Wolmesjö, M. (2014) *Tid att leda – en kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet*. Norrköping november 2014; rapport från fackförbundet Vision
- Thorslund, M., & Silverstein, M. (2009). *Care for older adults in the welfare state: theories, policies, and realities*. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney &

M. Silverstein (Eds.), Handbook of theories of aging. New York: Springer Publishing Company

Trydegård, G-B. (2005) *Äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor i Norden – en forskningsöversikt I*: Szebehely, M (red) Äldreomsorgsforskning i Norden – en kunskapsöversikt, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, Tema Nord 2005:508

Wikström, Eva. (2005). *Inflytandets paradoxer Möjligheter och hinder för självbestämmande i hemtjänsten*. Licentiatavhandling Växjö: Växjö universitet.

Wærness, K (1980) *Omsorgen som lönearbete – en begreppsdiskussion*, i Kvinnovetenskaplig tidskrift 3/80 sid 6-17

Wærness, K. (1996). *Omsorgsrationalitet. Reflektioner över ett begrepps karriär*. i Eliasson, R. (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur

Wånell, SE. (2007) *Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. En sammanställning av Äldrecentrums studier under en tjuugoårsperiod om kons-ten att forma helhetslösningar*. Rapport 2007:16, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Österman, J. & Hols-Salén, L (2013) *Beskrivning av bortfallet i undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" på särskilt boende i Stockholms län 2013*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Ej publicerad. Hänvisning till Socialstyrelsen, Diarienummer 2.7-37104/2013

Internet

SCB hemsida 2015-05-25 http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Hushallens-ekonomi/Inkomster-och-inkomstfordelning/Inkomster-och-skatter/Aktuell-pong/302201/Skatter/Riket/308622/

SKL hemsida 2015-01-19 <http://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformer-valfrihet/valfrihetssystemersattningssystem/ersattningssystem/ersattningssystemsocialtjanst/ersattningssystemhemtjanst.1064.html>

Hemtjänsten har utvecklats från att vara mest inriktad på hjälp i hushållet till att bli en kvalificerad tjänst som ger vård och omsorg till ibland svårt sjuka personer i deras hem. Alltfler äldre bor kvar i sitt hem livet ut, ofta med stort behov av stöd från hemtjänsten.

En bra hemtjänstverksamhet bygger på relationen mellan den äldre och personalen, att den som hjälper har kunskap om den äldres livssituation och önskemål så att stödet kan ges med flexibilitet och inlevelse, och skapa välbefinnande hos den äldre.

I denna kunskapsöversikt belyses olika områden som påverkar kvaliteten i hemtjänsten. Syftet är att lyfta fram de mest centrala faktorerna för en väl fungerande hemtjänst ur den äldres perspektiv. Personalens kompetens och arbetsmetoder, hur mycket tid de har för att utföra insatserna hos den äldre och med vilken kontinuitet arbetet kan utföras samt hur många olika personer det är som kommer, är några av de viktigaste kvalitetsfaktorerna.

Rapporten tar också upp hur biståndsbedömningen påverkar hur bra det blir för den äldre som har behov av hjälp, liksom valfrihet, upphandling av hemtjänst och olika modeller för hur kommunen ersätter utförare av hemtjänst.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg.

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se

