



LUND UNIVERSITY

Är detta en krämpa eller något jag skall oroa mig för? En nulägesanalys av sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre i Skåne

Hellström, Mikael; Ramberg, Ulf

2012

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hellström, M., & Ramberg, U. (2012). *Är detta en krämpa eller något jag skall oroa mig för? En nulägesanalys av sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre i Skåne*. KEFU.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Slutrapport

”Är detta en krämpa eller något som jag skall oroa mig för?”

- En nulägesanalys av sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre i Skåne

Mikael Hellström
Ulf Ramberg
KEFU
December, 2012

Kapitel 1

Att väcka frågor genom goda exempel

Bakgrund och syfte

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknade våren 2009 en överenskommelse om ett ”Program för en god äldreomsorg”. En fråga som lyfts fram i det sammanhanget är hur man skapar långsiktiga strukturer för evidensbaserad praktik när det gäller ”de mest sjuka äldre”. I februari 2010 tecknade de båda parterna ytterligare en överenskommelse inom äldreomsorgsområdet i akt att bidra till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. 2011 aviserade regeringen fortsatta medel över en treårsperiod (2012-2014) för att utveckla en mer effektiv och bättre organiserad sammanhållen vård och omsorg. 2011 infördes också en värdegrund i socialtjänstlagen med följande lydelse; ”*Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.*” (5 kap. 4§ socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Det är i ovanstående sammanhang som föreliggande förslag till nulägesanalys skall förstås.

Syftet med föreliggande nulägesanalys är att ge en Skånsk bild av de strukturer som i nuläget finns för att realisera en sammanhållen samverkan kring ledning och styrning för de mest sjuka äldre.

Nulägesanalysen är tänkt att tjäna som underlag för ett fortsatt arbete med att förbättra de organisatoriska förutsättningarna för en organiserad och sammanhållen samverkan kring ledning och styrning av vård och omsorg för de mest sjuka äldre i Skåne. En samverkan som är baserad på Socialtjänstlagens värdegrund och en systematisk evidensbaserad praktik.

Nulägesanalysens metodövervägande och prioriteringar

Det är olika huvudmän samt många och differentierade aktörer som i nuläget ansvarar för och driver frågor inom vård och omsorg av de mest sjuka äldre. När det empiriska materialet skall samlas in och analyseras ställer denna mångfald krav på en avvägning mellan nulägesanalysens kvantitet och kvalitet. Mångfalden går tvärs igenom många av de gränser som samhället brukar delas in i och aktörerna är många. En sådan gräns är gränsen mellan privata och offentliga aktörer. Exempel på aktörer är anhöriga och anhörigföreningar, kommunal vård och omsorg inom t.ex. hemtjänst, gruppboende, kommunal hemsjukvård och dagsjukvård. Vidare finns det primärvård, slutet specialistvård, akutvård, öppen specialistvård och olika former av enheter som jobbar med utveckling och forskning inom äldreomsorgen.

I avvägningen mellan kvantitet och kvalitet i urvalet av det empiriska materialet har datamaterialets kvalitet vägt tyngre. Detta gäller både valet av datainsamlingsmetod och

vilka aktörer som skall prioriteras. Motiveringen att enligt nedan huvudsakligen använda sig av intervjuer baseras på bedömningen att ömsesidig förståelse av värdegrund och evidensbaserad verksamhet bäst säkerställs genom intervjuer enligt en semistrukturerad ansats. Denna ansats möjliggör kompletterande frågor och förtydliganden. Begrepp såsom värdegrund och evidensbaserade metoder är mångtydiga i sig och kan skapa missförstånd och olika tolkningar i samband med alternativa datainsamlingsmetoder såsom t.ex. enkäter. Intervjuerna har kompletterats med relevanta dokument rörande samordnad ledning och styrning.

Motiveringen att intervjua ett urval av huvudmän och andra aktörer baseras dels på idén om att en successiv datamättnad i materialet uppstår, dels på att ett antal aktörer konsumerar mer av samhällets direkta resurser än andra. Detta innebär till exempel att datainsamlingen för varje huvudman pågått tills inflödet av nya kvalitéer börjat avta. Urvalet innebär också att samverkan mellan kommunal vård och omsorg och primärvård har prioriterats volymmässigt framför andra aktörer såsom privata alternativ eller akutsjukvård. Då kommunen ansvarar för den stora vård- och omsorgsvolymen för de mest sjuka äldre har merparten av den empiriska insamlingen koncentrerats dit.

Handfast metod och genomförande

Förutsättningarna för att över olika skånska organisatoriska gränser utveckla en mer effektiv och bättre organiserad sammanhållen vård och omsorg varierar av många olika anledningar. Såväl socioekonomiska, demografiska variationer och skillnader i beroendekvoten som den befintliga strukturen för att hantera dagens behov, påverkar framtida lösningar.

I föreliggande nulägesanalys är ambitionen att hantera delar av denna variation genom att belysa tre Skånska goda exempel med olika förutsättningar; ”glesbygd”, ”median” och ”storstadsförutsättningar”. Detta innebär att delar av datainsamlingen sker i en del av Skåne som i sin nuvarande struktur kan uppvisa drag av glesbygdspenomen såsom större geografisk spridning mellan aktörerna. Valet föll på Östra Göinge. Den andra delen av insamlingen fokuserar en ”storstadsproblematik” där också en stor andel av den specialiserade slutenvården också vanligtvis finns koncentrerad. Valet föll på Västra Innerstaden i Malmö stad. Dessa två exempel balanseras mot en skånsk ”median” kommun med en tydlig centralort och några kringliggande orter. Valet föll på Sjöbo.

Det generella lärandet med denna ansats baseras på idén att det sannolikt finns lärdomar att hämta om sammanhållen vård och omsorg för resterande Skåne från tre goda exemplen. Har de lyckats kan också andra lyckas. Likaså, om de goda exemplen också illustrerar utmaningar och problem i samordningen så finns också troligen liknande utmaningar och problem i övriga Skåne. Det skall sägas att initieringen vid nulägesanalysen gavs flera förslag på intressanta exempel där samordningen mellan de två huvudmännen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) fungerade bra i något avseende. Att det blev utsagor hämtade från Sjöbo, Västra Innerstaden i Malmö samt Östra Göinge förklaras som tidigare nämnts av att de delvis

fångar olika Skånska verksamhetsförutsättningar för vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.

Datainsamlingen kan grovt delas in i fyra olika frågeblock med runt 10 följdfrågor per block:

- 1) Kartläggning av nuvarande organisation och arbetsformer – vad fungerar bra och vilka är nuvarande problem?
- 2) Synen på värdegrunden för de mest sjuka äldre
- 3) Användningen av evidensbaserad praktik för de mest sjuka äldre.
- 4) Vägar framåt för att möta framtidens behov av vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

Intervjuerna, som huvudsakligen har genomförts på plats och individuellt, har tagit mellan 30 och 90 minuter. Några har dock genomförts i grupp om två (4 st) eller fler (1 st) och några via telefon (4 st). Vi har haft god hjälp av berörda exempel med att boka intervjuer med relevanta personer. I samband med intervjuerna har vi också explicit frågat om det är någon speciell person som vi bör intervjua. Strävan har varit att i möjligaste mån maximera informationen för de tre typfallen. Likaledes har experter från olika enheter som arbetar med vård och omsorg för mest sjuka äldre intervjuats. Deras synpunkter har bland annat bidragit till en bättre förståelse och mer nyanserad bild av typfallen. Samtalen med två av experterna har haft karaktären av faktakontroll och mer sporadiska samtal kollegor emellan. Sammantaget har 36 personer intervjuats enligt bilaga 1.

Själva analysen av det empiriska materialet fokuserar de problembilder som tonar fram i de tre goda exemplen, var för sig och tillsammans. Den skånska problembilden ställs sedan i relation till skriftlig dokumentation, forskningsrapporter m.m., som gjorts med fokus på organisation och arbetsformer kring de mest sjuka äldre.

Rapportens fortsatta upplägg

I kapitel 2 beskrivs och analyseras de goda exemplen. Exempelen skärs utifrån de fyra frågeblock som intervjuerna är genomförda i. De olika blocken innehåller löpande beskrivningar och analyser. I kapitel 3 sker några fördjupade analyser och reflektioner utifrån studiens empiriska material. Kapitlet avslutas med några sammanfattande frågor som är angelägna att besvara för det fortsatta arbetet med att skapa en samhällen och väl fungerande vård och omsorg för de mest sjuka äldre i Skåne.

Kapitel 2

Tre goda Skånska exempel

Nuvarande organisation och organisationsformer

Ett triangeldrama och flera stödjande strukturer

Det är många aktörer inblandade i vården och omsorgen om våra mest sjuka äldre i Skåne. Beroende på var man bor varierar emellertid antalet. Det finns dock tre huvudsakliga aktörer som det mesta kretsar runt; den mest sjuka äldre, sjukvården och omsorgen. Vi kallar detta för ett triangeldrama som skall fungera utifrån de ambitioner som t.ex. finns inom Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Det finns naturligtvis olika sätt att beskriva detta triangeldrama. Ett sätt är att dela upp det i två delar; för det första hur den mest sjuka äldre kommer in i systemet och för det andra hur fortvarighetstillståndet ser ut.

En svårighet som finns, och som också framgår i beskrivningarna nedan, är att fånga upp de mest sjuka äldre. En ingång är att den mest sjuka äldre själv tar kontakt med kommunen och ansöker om hjälp. Då startar processen med vårdplanering och biståndsbedömning¹ och den mest sjuka äldre, i de fall ansökan beviljas, får antingen hjälp via hemtjänsten eller kommer in på ett särskilt boende. Den andra vägen är att den mest sjuka äldre fångas upp av sjukvården, antingen av vårdcentralen eller av sjukhuset. Detta sker i de fall den mest sjuka äldre besöker sjukvården upprepade gånger. Detta ställer dock krav på system som kan fånga upp dessa besök då de inte alltid sker hos samma vårdgivare. Ytterligare en ingång är att anhöriga, bostadsrättsföreningar eller andra tar kontakt med socialtjänsten och uppmärksammar dessa på att det finns ett behov hos någon. Vissa kommuner gör också genomgångar av den äldre befolkningen i syfte att fånga upp behovande som riskerar att fara illa. Utifrån gjorda intervjuer går det dock att konstatera att det finns ett antal mest sjuka äldre som inte fångas upp av de system som finns idag. För att alla dessa insatser skall vara möjliga att genomföra krävs dock att den mest sjuka äldre själv vill ha vård. Möjligheten att tacka nej finns alltid, vilket kan medföra högre kostnader för kommunen och sjukvården än om vederbörande hade kommit in i systemet.

När den mest sjuka äldre väl kommit in i systemet finns det två former för detta; Särskilt boende² och att bo kvar hemma med hjälp av hemtjänsten. Båda dessa former ställer emellertid krav på relationer med sjukvården, såväl i form av primärvård som i form av

¹ Förfarandet med biståndsbedömning och vårdplanering gäller i samtliga fall.

² Det finns också korttidsboende men eftersom dessa endast tjänar syftet att överlappa mellan ingången och fortvarighetstillståndet väljer vi att inte ta upp denna här.

sjukhusvård. Om det stora problemet i ingången är att fånga upp de mest sjuka äldre så är det stora problemet i fortvarighetstillståndet att få till stånd goda relationer mellan kommunen och de vårdande enheterna, främst då primärvården. Rätten att fritt lista sig var man vill i primärvården kan i detta sammanhang ställa till med problem. Om de boende på ett särskilt boende är listade på olika vårdcentraler kräver det att läkare från olika vårdcentraler besöker det särskilda boendet, ett inte särskilt effektivt sätt att hantera vårdinsatser på.

Vad vi kan konstatera utifrån de intervjuer vi genomfört i tre goda exempel är att det finns delar i detta system som förefaller fungera bra men att det också finns delar som fungerar mindre bra. Vilka delar som fungerar bra respektive mindre bra kan variera mellan exemplen men det huvudsakliga intrycket är att det inte är någon av de tre exemplen som lyckats skapa ett system där helheten fullt ut fungerar utan alla brottas med olika typer av problem. Vad som fungerar bra och vilka problem som finns kommer att beröras nedan.

Hälsa och sjukvård	Den mest sjuka äldre	Vård och omsorg	
Primärvård	Anhöriga	Hemsjukvård	
Specialistvård	Egen kraft	Biståndshandläggning	
Akutvård		Särskilt boende	
Ambulansvård		Korttidsboende	
Färdtjänst		Arbetsterapi	
		Anhörigstöd mm	
		Sjukgymnastik	
		Hemtjänst	

Figur 1. Skånska resurser för sammanhållna vård och omsorg för de mest sjuka äldre

En sammanhållning som börjar i Ädelreformens realisering

Det finns onekligen ett gediget utredningsmaterial som rör gränsdragnings- och samverkansutmaningar avseende ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och landsting inom vård och omsorg. En del menar att denna diskussion har funnits åtminstone sedan 1950-talet (SOU 2004:68). Även en av de mest omfattande reformerna under denna tid, Ädelreformen från 1992, har under de senaste två decennierna utretts på kors och tvärs.

Nuvarande sätt att organisera vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är onekligen i mångt en produkt av Ädelreformen. I både Östra Göinge och Sjöbo betonade man betydelsen av att man tidigt efter Ädelbeslutet började en nära dialog mellan främst kommunal vård och omsorg och berörd primärvård, för att utveckla samverkansstrukturen enligt den nya ansvars- och uppgiftsfördelningen. En dialog som förädlats över tiden. För Västra Innerstaden var förutsättningar andra vid Ädels realisering, då Malmö stad fram till 1998 var huvudman för hälso- och sjukvården. Vid intervjuerna framträder också en bild av att nuvarande samspel och dialog i ovanstående triangeldrama i Västra Innerstaden i mångt hämtar sin näring från kunskaper, relationer och kommunikationskanaler som etablerats när Malmö stad var huvudman.

Då Ädelreformen som fenomen har varit återkommande i föreliggande nulägesanalys finns det anledning att kort försöka fånga motiven bakom reformen. Från kommittédirektiv 2003:40, i samband med att Ädelreformen skulle utvärderas efter 10 år sammanfattas utgångspunkten till Ädel på följande sätt (s. 394-395):

”Utgångspunkten var en helhetssyn på den äldre människan. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Reformen innebar en uppgörelse med en tid av ständigt överbelagda medicinavdelningar och en långvård med en starkt passiviserande sjukhusprägel som ledde till snabb hospitalisering av de äldre. Institutionstänkandet övergavs och rätten till ett kvarboende förstärktes, antingen i det ordinära boendet eller i en särskild boendeform. Särskilda boendeformer för äldre blev ett nytt samlingsbegrepp för sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppboenden m.m. Med den egna bostaden som förebild, kopplad till gemensamma utrymmen för social samvaro och tillgång till vård och omsorg, genomfördes under 1990-talet en omfattande modernisering och upprustning av boendestandarden i de särskilda boendeformerna. Många nya äldreboenden byggdes.

Kommunerna övertog det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. En skiljelinje mellan huvudmännens ansvarsområden är dock att kommunernas ansvar och befogenheter inte omfattar läkarinsatser. Ansvaret för hemsjukvården låg kvar hos landstingen. Kommunerna fick befogenhet att erbjuda hemsjukvård och, efter överenskommelse med landstinget och om regeringen medger det, överta ansvaret för hemsjukvården. Kommunerna fick vidare betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård samt för medicinskt färdigbehandlade personer vid landstingens akutsjukvård och geriatrisk vård.

Genom Ädelreformen överfördes större delen av den slutna långtidssjukvården och en stor del av hemsjukvården till den kommunala äldreomsorgen. Den verksamhet som överfördes från landstingen till kommunerna omfattade närmare 40 000 vårdplatser och ca 55 000 anställda till en kostnad av drygt 20 miljarder kronor.”

I Socialstyrelsen (2006) sammanfattas också några andra drivkrafter som låg bakom såsom en *växande grupp äldre med sammansatt vårdbehov*, *människors rätt till självbestämmande, trygghet och valfrihet*, *utvecklingen av service och vård i hemmet*, *förändrade behandlingsmetoder*, *nya synsätt*, behovet av *helhetsyn och olika kompetenser* för att möta sammansatta vårdbehov.

I rapporten beskrivs att syftet med Ädel var att skapa en *ökad tydlighet avseende ansvarsförhållanden*, men också *ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar* för att möta upp dessa drivkrafter och realisera de nationella ambitionerna. Ambitioner som för de mest sjuka äldre onekligen är mycket högt ställda avseende kvalitet, trygghet, kontinuitet, tillgänglighet, inflytande mm.

Givet ovanstående utgångspunkter, effekter, drivkrafter och ambitioner hur har detta då hanterats och genomförts i studiens tre goda fall?

Vård och omsorg har flyttat hem, men nås alla som har behov?

De flesta äldre bor hemma och för den stora volymen äldre som fått beviljat stöd i studiens tre exempel får också detta stöd i hemmet. Det finns emellertid stora frågetecken kring hur många som har behov av stöd men som aldrig, eller för sent,

kommer huvudmännen till känna. De intervjuade menar också att de äldre söker allt senare till särskilt boende. Enligt de intervjuade dör de flesta äldre innan de berörs av en organiserad service eller vårdinsats från samhället. En expert uppskattade att för runt 25 % av de äldre så har hemmet blivit ett fängelse, i meningen att man inte har förmågan att ta sig ut. I alla tre exemplen arbetar emellertid primärvård och kommun med olika former av uppsökande verksamhet och bjuder in till olika informationsmöten. Det är emellertid svårt att nå rätt målgrupp, i meningen att ”friska” äldre just ser sig som friska (ingen vill betrakta sig som sjuk), menade flera av de intervjuade. Detta påverkar också möjligheten att arbeta förebyggande med hembesök för att t.ex. undvika fallolyckor. Det är också svårt att frigöra kapacitet för förebyggande insatser i hemmet.

För den uppsökande verksamheten finns det vidare ingen tydligt definierad målgrupp. Snarare är det en variation i både hur man gör och vilken målgrupp man vänder sig till (t.ex. 75+ eller 80+?), både inom studiens exempel och mellan dem. De intervjuade inom Västra Innerstaden lyfter också fram att samspelet med olika fastighetsägare är viktigt för att identifiera äldre som av olika anledningar inte klarar av att ta ansvar för sig själva.

Sammantaget är det ett utmanande uppdrag att vårda allt sjuka äldre i hemmet, de vill dessutom stanna kvar i sina hem. Men det finns också en motsatt bild. En enhetschef uttryckte det som att;

”Kan finnas en övertro i det goda att fortsätta bo hemma, fler skulle vilja bo på särskilt boende... finns behov av stöd för att fatta beslut om att de kanske bör söka särskilt boende”.

Hemtjänsten omfattande och central

Att allt fler av de mest sjuka äldre får bistånd om vård och omsorg i hemmet ställer stora krav på hemsjukvård och hemtjänst. Intervjusvaren är entydiga på den punkten. Den kommunala hemtjänstens roll som ”känslspröt” för den äldres livskvalité har blivit allt viktigare. Det är också ett betydande tryck och omfattande logistik inom hemtjänsten med tigha scheman för personal. Inte minst är personalens ledtid under lupp, dvs tid som inte direkt kan knytas till aktiviteten/tjänsten som den äldre är berättigad till. Anhöriga ställer också allt större krav på information om såväl gjorda insatser och när deras anhöriga senast fick besök. Detta, vittnar många om, har ökat på grund av att de äldre är allt sjukare i sitt hem. Det skapar oro hos de anhöriga om den dagliga tillsynen, samtidigt som de äldre inte alltid kommer ihåg om hemtjänsten varit där eller vad de har gjort.

Det är också påtagligt att stödjande system som den kommunala omsorgen har för att registrera tid och insatser hos de berörda har en utvecklingspotential. Det finns t.ex. många försäljare och servicetekniker som kontinuerligt är ute hos kund och idag har en nästintill ständig direktkontakt med sin arbetsgivares interna nät för att registrera order och hantera kundinformation. Man kan också undra över vilken potential läsplattor har

för att underlätta relevant informationsöverföring och utveckla det sociala innehållet i mötet med de äldre.

Från intervjuerna är det vidare påtagligt att personalkontinuiteten gentemot den äldre betonas, avseende både primärvård och kommunal omsorg. Överlag förefaller studiens exempel från ”glesbygd” och ”median” ha bättre förutsättningar att möta denna målbild. I studiens exempel förklarades det huvudsakligen av en relativt stabil personalstyrka och en hanterbar biståndsvolym som möjliggjorde bättre personlig kännedom om de äldre. Eller som en primärvårdsföreträdare sa på frågan om varför systemet inte brutit ihop;

”Man sträcker sig lite längre, går förbi vissa system när de brister”,

Från intervjuerna är det vidare påtagligt hur beviljade insatser är utgångspunkten i planering och uppföljning av hemtjänsten. Tiden för socialt innehåll blir lätt beroende av personalens förmåga att planera tillgänglig tid och se de berörda äldres förmåga att själva ta ansvar för egna handlingar. Att ringa till den äldre strax innan man kommer på besök och be denne att sätta på potatisen, var ett exempel på denna planering för att frigöra ett socialt innehåll som vi fick oss till dels av de intervjuade.

”En del av våra anställda bara har denna förmåga, andra inte.”

Olika former av förstärkt hemtjänst vinner mark. Det ges lite olika namn i studiens exempel men idén är att den äldre under några veckor får förstärkt hemtjänst första tiden efter återkomst från slutenvård. Förhoppningen är att på detta sätt förhindra snabba återinläggningar, minska behovet av korttidsplatser men också att på plats i hemmet pröva och säkerställa en rimlig servicenivå för den äldre. Företrädelsevis initieras denna med vårdplanering i hemmet.

Korttidsboende – vara eller icke vara

Korttidsboende fyller många roller; rehabilitering, omvårdnad eller som avlösning för anhörig. För den sjuka äldre kan den vidare fylla en roll för att undvika hospitalisering, men också som en ”vänthall” för till exempel återkomst till ordinärt boende eller placering vid ett särskilt boende. De intervjuade ger lite olika bilder av korttidsplatserna vara eller icke vara. I Västra Innerstaden har man minskat utnyttjandet med hälften. Något som möjliggjorts tack vare den så kallade förstärkta hemtjänsten som nämnts ovan. Ett minskande utnyttjande av korttidsplatser frigör resurser avseende såväl biståndsbedömning, vård och omsorgsinsatser och eventuella hyreskostnader för köpta platser. Utökad vård och omsorg i ordinärt boende och korttidsplatsernas vara eller icke vara påverkar också de anhörigas (som delar hushåll) behov av olika former av avlastnings- eller trygghetsboende. Från studiens exempel är det tydligt hur t.ex. fastighets- och exploateringssituationen påverkar möjligheten att finna lämpliga former av boende. Från intervjuerna blir det påtagligt att Östra Göinge, som lider brist på boendeplatser och bland annat söker ett ”trygghets hotell”, har sämre förutsättningar att lösa boendet än Malmö då bland annat fastighetsmarknaden är svagare.

Behovet av korttidsplatser är vidare svårplanerat och väcker enligt ovan frågor om rimlig boendekapacitet. Den centrala samordningen som Malmö stad infört för att säkerställa effektivt utnyttjande av korttidsplatser för kommunen, skapar i sin tur utmaningar för den äldres "hemmastadsdel" vård och omsorg, men också för anhöriga att fortsätta hålla kontakten med "sina" äldre. Den röda omsorgstråden kan tunnas ut, eller helt tappas om en äldre hamnar på ett korttidsboende utanför stadsdelen. Det blir också inskränkningar i den äldres valfrihet.

Samordnad vårdplanering ses som något positivt

De flesta intervjuade lyfter fram samordnad vårdplanering i hemmet som något mycket bra, tillsammans med förstärkt hemtjänst. De intervjuade uttrycker vidare önskemål om att i möjligaste mån undvika vårdplanering på sjukhuset. Dialogen med berörd läkare på sjukhuset som gör bedömningen om patienten är redo för en vårdplanering (och om den kan göras i hemmet) blir härvidlag central. I Östra Göinge har man genomfört ett 50-tal så kallade Vopsar (Vård och omsorgsplanering i samverkan), där distriktsläkare från Knislinge vårdcentral, personal från den kommunala äldreomsorgen (ex. biståndshandläggare, arbetsterapeuter) samt anhöriga träffas hemma hos den äldre och diskuterar dennes behov och önskemål. Primärvårdsenheten har avsatt schemalagd läkartid för detta. Förutom att man samlas över professionsgränserna öga mot öga, koncentreras också själva vårdplaneringen i tid och rum. I nuvarande resurstilldelning utgår också ersättningen för Vopsar.

Även om de flesta intervjuade menar att samordnad vårdplanering är bra så finns det också gnissel vad gäller att informationen inte alltid är komplett från berörda parter. Detta skapar söktid och fördröjning hos bland annat biståndsbedömarna.

Särskilt boende – både differentierad och blandad

Det finns en strävan hos alla studerade exempel att särskilja demenssjuka från övriga mest sjuka äldre. Vissa avdelningar på kommunens olika boende är gruppboende för dementa, med anpassade lokaler och demensutbildad personal. Möjligheten att göra denna indelning är emellertid ytterst en fråga om tillgången till platser. Hyresavtalet gör det också svårt att flytta boende som väl fått sitt boende, vilket innebär att det också kan finnas blandade avdelningar.

Överlag förefaller viss ledig boendekapacitet vara önskvärd för att dels hantera behovet av korttidsplatser när äldre t.ex. skrivs ut från sjukhus, men också för att kunna ge sökande plats snabbt. Väntan kan bli dryg för den äldre och insatserna för hemsjukvård och hemtjänst omfattande under tiden. Det kan också ta lång tid att avveckla ett boende vid dödsfall för att möjliggöra för nya hyresgäster att flytta in. Anhöriga kan vara spridda över hela världen och processen kan ta flera månader.

De studerade exemplen ger en entydig bild av att kontinuitet på läkarsidan avseende tillsynen på särskilt boende och korttidsplatser är av avgörande betydelse. Kontinuitet skapar tydliga kommunikationskanaler och god kännedom om de boende. Fasta tider för läkarbesök och avsatt tid för läkarens administration är likaså viktiga. Det handlar också

om vilken relation som läkaren och ansvarig sjuksköterska etablerar vid besök eller telefonkontakt. En av primärvårdens företrädare uttryckte det som att;

”Läkarna säger att de är helt utlämnade åt sjuksköterskorna vad gäller kunskapen om olika patienter”

I Västra Innerstadens ”NISSE”, där en avdelning på medicinkliniken har reserverad plats fram till tidig förmiddag som möjliggör direktinläggning utan att passera akuten, gäller ovanstående både kontakten med primärvårdens och sjukhusets läkare. Möjligheten till direktinläggning menar de intervjuade skapar en ökad trygghet och kvalitet för den äldre.

Personalkontinuitet är viktig vid sammanhållen vård och omsorg. Ett annat exempel är den roll som sjuksköterskorna har för att säkerställa relationer med externa leverantörer av väsentlig vård och omsorg, såsom tandvård och jourverksamhet. Ju större volym externa leverantörer har ju större krav på sjuksköterskornas kapacitet och förmåga. Tänket är emellertid också viktigt gentemot de boende, enligt de intervjuade. Ett exempel på detta kontinuitetsmedvetande är ambitionen att säkerställa att vikarier i möjligaste mån återkommer till avdelningar som de tidigare varit på.

Sena utskrivningar från sjukhuset eller fördröjningar i färdtjänsten kan i vissa fall ställa till det vad gäller tillgången till tillgänglig medicin inom hemtjänst och särskilt boende. Åtminstone var detta något som Östra Göinge upplevde, inte minst när det sker på fredagar och en helg står inför dörren utan att viss ordinerad medicin är tillgänglig.

Liksom hemtjänsten är det svårt att frigöra organiserad tid för de mjuka delarna i omsorgen. Förvisso pratar personalen med de äldre vid t.ex. morgonbestyren men för att få ett mer organiserat social innehåll krävs det fler händer och fötter enligt de intervjuade. Bemanningen räcker inte till.

Någon gång under dagen, t.ex. 1-2 timmar under eftermiddagen, finns det vanligtvis ett ”aktivitetsfönster” för gemensamma aktiviteter. Det är emellertid inte säkert att alla boende vill vara med på dessa. En anledning till detta är att de äldre blir äldre och äldre innan de flyttar in och inte orkar med så mycket aktiviteter, enligt de intervjuade. Tiden de äldre bor på särskilt boende varierar, men det vanliga är att de är där mellan 1-3 år.

Finns ett insatstänk och en variation i hur biståndsbedömningen görs

Biståndsbedömarna jobbar på olika sätt med att reda ut vad en ”skälig levnadskvalitet/nivå” kan vara. Stödet som de får för denna viktiga definition för bistånd varierar emellertid. Från intervjuerna framkom det beskrivningar på informella samtal kring ”knepiga bedömningar” mellan biståndshandläggare, till formaliserade och återkommande träffar med överordnad chef där handledning och diskussion av olika rättsfall var återkommande inslag.

Det pågår också en diskussion om att komma bort från ”insatskatalogen” till en bredare syn på individuella behov och önskemål. Framförallt menar de att insats ”tänket” främjar utvecklingen rörande det mer mjuka innehållet, de äldres behov av t.ex. själslig kvalitet.

Även om det finns undantag så förefaller biståndsbedömarna i huvudsak träffa kollegor inom sin kommun eller stadsdel. Råder det någorlunda konsensus kring vad skälig levnadsnivå är, så kan alltså denna variera mellan kommuner eller mellan stadsdelar. Att det finns en dokumenterad variation i hur bedömningen går till är också något som bekräftas av de experter som intervjuats. Helt objektiva bedömningar är naturligtvis svåra att göra, men för den sakens skull inte mindre eftersträvansvärda. Att det inte finns ett bredare nätverk/forum för biståndsbedömare att diskutera biståndsfrågor och utveckla sin yrkesroll är därför anmärkningsvärt.

Varje biståndsbeslut driver kostnaderna i den kommunala budgeten, något handläggarna är väl medvetna om. Det dubbla åtagandet, att både följa budgeten och bedöma äldres behov, medför enligt Norman (2010) att det de facto är biståndshandläggarna som prioriterar hur de knappa budgetmedlen skall användas. Knappast en önskvärd diskussion i en politisk styrd organisation.

Primärvården bekymrade över hur mediciner samverkar

De intervjuade från primärvården lyfter också fram betydelsen av det långa samarbetet med den kommunala omsorgen. De har regelbundna möten och försöker i möjligaste mån möta upp önskemål på olika utbildningsinsatser. Liksom slutenvården har de en betydligt bredare målgrupp än den kommunala äldreomsorgen. De märker emellertid av det ökade trycket på allt mer kvalificerad vård i hemmet. De känner också av efterfrågan på att göra hembesök pga detta, men har svårt att avsätta tid.

Kontinuiteten i relationerna och de olika boendeformerna gör att de överlag tycker att läkarbesöken och läkemedelsgenomgångar mm fungera bra. Det de är mer bekymrade över är kunskapsläget rörande hur de oftast många mediciner som äldre tar, samverkar med varandra. Läkemedlen är inte heller utprovade med denna målgrupp i förarsätet.

De känner också av etiska prövningar rörande de mediciner som förskjuter åldrande och i vilken mån dessa alltid är berättigade. Det finns en risk för överkonsumtion av dessa läkemedlet i arbetet med att ge de äldre bästa möjliga vård. Hur långt primärvården skall gå för att mota ålderskrämpor är en svår fråga. En VC-chef illustrerade detta dilemma genom att berätta om sin över 90-åriga patient som brukade undra;

”Är detta en krämpa eller något som jag skall oroa mig för?”

Informationsflödet mellan primärvård och slutenvård för dessa patienter tenderar enligt de intervjuade att bli allt mer omfattande. Volymen ställer både krav på att informationen hamnar rätt, men också att systemen som hanterar informationsflödet kan kommunicera med varandra. Här finns det utvecklingspotential enligt de intervjuade.

Värdegrunden för de mest sjuka äldre

Både frånvarande och närvarande

Värdegrundsarbetet i studiens exempel är både påtagligt frånvarande och närvarande. Det är frånvarande i den meningen att det vanligtvis inte finns någon uttalat vision eller systematiskt arbete kring hur socialtjänstlagens värdegrund skall implementeras och följas upp, vilket nedanstående citat belyser;

”Inte jobbat så mycket med detta”

”Finns motkrafter i systemet. Kanske har vi haft för stort fokus på att medarbetarna skall ha det bra”

”Behöver jobba mer med det än vad vi gör för närvarande”

Bristen på organisatoriskt stöd och formella rutiner är som sagt påtaglig. Men att man arbetar med ett värdegrunds-baserat arbets- och förhållningsätt är trots det också påtagligt, vilka nedanstående citat belyser;

”Jag tror att alla vill väl”

”Jag tror den fångas ändå, men det beror på personalen”

”Handlar mycket om bemötande”

”Värdegrunden är inget nytt under himlen. Patienten i fokus har vi alltid haft, bara bytt lite ord”

Det skall också sägas att till exempel Sjöbos långa arbete med sin vision *”Ett gott liv varje dag”* och studerade kommuners kvalitetskriterier, eller idéer med kontaktmannaskap, indikerar att olika delar av värdegrundens tankar även finns med i formella dokument. I vilken mån dessa tankar på ett systematiskt sätt nått ner till och tillämpas i första ledet är emellertid mer osäkert. Anställda besjälade av sin yrkesroll och sina arbetsuppgifter har vi emellertid mött flera av. En sjuksköterska uttryckte sitt förhållningsätt till *”sina”* äldre på följande sätt;

”Alla människor skall bekräftas, det är mitt motto”

Anhöriga och vänners närhet till den mest sjuka äldre har också en påtaglig koppling till värdegrundens realisering. Att boende kan vara en samlingsplats för *”friska”* äldre har vi också märkt, i den mån som omgivning och boende möjliggör någorlunda öppna och centralt belägna boendalternativ. Som en intervjuad noterade;

”De flesta har också anhöriga som bryr sig”

Möjligheten att välja boendeplicering är också en del i värdegrundens realisering i detta sammanhang. Försvårar en placering anhörigas och vänners möjligheter att besöka den äldre påverkas värdegrundens realisering. Det finns också motbilder rörande besök hos de äldre. Intervjuade vittnade till exempel om att vissa dementa efter besök kan bli oroliga och kräva mer omsorg och medicinering.

En förändring på gång

Som tidigare berörts förefaller det också pågå en förändring i den kommunala omsorgens tänk. En av de intervjuade uttryckte denna förändring som en riktning från att den äldre anpassas till befintligt arbetsätt inom vård och omsorgen till att arbetssättet ändras till de äldre behov och intressen. Denna förändring, som kan liknas vid en resa från produktion- till kundanpassning, kräver också att omsorgen vågar ta raka och tydliga samtal med de anhöriga om vilken medicinsk prognos deras ”äldre” har och vilka möjligheter till ett ” eget ” liv som finns, menade en första linjens chef.

Evidensbaserade insatser för mest sjuka äldre

Svagt genomslag i praktiken

Den bild som framträder av intervjumaterialet är tydlig. Genomslaget för evidensbaserad omsorg av de mest sjuka äldre är svagt medan den är betydligt mer framträdande för den medicinska vården. Två chefer inom omsorgen uttryckte det som att:

”Finns inte så mycket att luta sig mot”

”Borde vara vi i omvårdnaden som står för det men vi har ingen tradition kring detta, finns inget strukturerat”

Denna entydiga bild innehåller emellertid flera delar som sammantaget gör att den är mer mångfasetterad än vid en första anblick. En del i detta är att det evidensbaserade arbets- och tankesättet har en betydligt längre tradition och ett mer omfattande dokumenterat kunskapsinnehåll avseende bredd och djup i den medicinska professionen, än i den omvårdande. Några av de intervjuade uttryckte det som att den medicinska evidensen tränger undan den omvårdande. Medan andra uttryckte det som att Hälso- och sjukvårdslagen trampar in på Socialtjänstlagens område och delvis tar över den. Som några av de intervjuade uttryckte det;

”Finare med sjukvård, men det sociala har lyfts fram till något bättre”

”Det är mycket vård, och det blir nog ännu mer vård”

Då mest sjuka äldre är en grupp med stort behov av medicinsk vård är detta vid en första anblick inte anmärkningsvärt. Baksidan är å andra sidan att den omvårdande

evidensen har svårt att både få tid att diskuteras, praktiseras och utvecklas, vilket nedanstående citat belyser;

”Det har vi varit urdåliga på... Vi har undvikit frågan”

”Evidensbaserat socialt arbete är känsloladdat”

Det saknas också explicita riktlinjer inom socialtjänstlagen rörande insatser för det sociala. Det närmaste man kan komma är utevistelse genom ledsagning/promenader, menar ett flertal av de intervjuade.

Själslig omvårdnad på undantag

Även om gränsen är flytande kan den kommunala omsorgen vidare grovt delas in i en fysisk och en social eller själslig omsorg³. Den bild som framträder från det empiriska materialet är att den fysiska omsorgen (i meningen personlig hygien, medicinering, mat, på- och avklädning etc) är påtagligt influerad av medicinskt evidensbaserad praktik och tar merparten av de tillgängliga resurserna i anspråk. En organisatorisk tolkning av dessa stora behov är att organiseringen av boende och hemtjänst över tid har anpassats till att säkerställa att de insatser som kräver mest resurser (läs händer och fötter) också får det. Fysisk misär förefaller också väcka större anstöt än själslig, åtminstone om vi får döma av några av de senaste åren massmediala granskningar av den svenska äldreomsorgen. I vilken mån själslig nöd är mindre allvarligt är en annan fråga.

Då gränserna mellan fysisk och själslig omsorg är flytande är det emellertid svårt, om än önskvärt, att särskilja dem åt. Som några av de intervjuade uttryckte det;

”Det är ju inte det att vi inte snackar med dem”

”Under tiden som vi lagar mat så umgås vi ju”

Att den själsliga omsorgen sker parallellt med den fysiska, men närmast som ett bihang, nått som sker i förbifarten när befintliga händer och fötter i huvudsak ägnar sig åt fysisk omvårdnad, gynnar inte genomslaget av ett mer systematiskt och evidensbaserat förhållningssätt till själslig omvårdnad. Bihangets genomslag blir också t.ex. beroende av personliga relationer, hur täta dessa är och personkännedom mellan den som får själslig omsorg och den som ger. Det är inte alla, som i ett av våra exempel även besöker sina ”äldre” på sin fritid för en samtalsstund.

Evidens möter anpassning och bristande kunskaper

Det finns också delvis en krock mellan evidensbaserat förhållningssätt och socialtjänstlagens grundton att anpassa omsorgens insatser till individuella behov och önskemål. Evidensbaserade metoder baseras på större populationsurval än en enskild

³ Som vi tolkar lagstiftningen förväntas social omsorg huvudsakligen ske vid, eller vara lika med, fysiskt omsorg.

äldres behov och önskemål och det är inte säkert att bara för att de metoder är evidensbaserade passar alla äldre. De gemensamma aktiviteter som görs för boende, företrädelsevis på eftermiddagen eller vid mat och fikastunderna, är emellertid ett omsorgsfönster som kan användas för att tillämpa evidensbaserade sociala insatser.

Ovanstående krock finns som tidigare diskuterats också avseende de äldres medicin och hur olika mediciner samverkar med varandra. Kunskapsnivån behöver höjas betydligt enligt företrädarna för primärvården. Frågorna är många: Hur många läkemedel är rimligt per diagnos och vilka skall i så fall fasas ut, och hur skall utfasningen ske? Skall blodfettssänkare sättas in efter 80 eller efter 70?

Det finns emellertid tecken på att relationen, konkurrensen, mellan sjukvården och omsorgen har mjuknat och förbättrats. Som en av de intervjuade konstaterade;

”Inte lika mycket hund och katt som förr i tiden”

De olika kvalitetsregistren som finns (Svenska Palliativregistret, Svenska Demensregistret (SveDem), Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) och Senior alert) är tänkta som ett stöd för en sammanhållen och evidensbaserad vård och omsorg. De blir också en arena där evidensbaserade synsätt och befintlig omsorgspraktik möts. De flesta av de intervjuade är också positiva till registren och har successivt börjat införa dem. Bilden som framträder är emellertid att man befinner sig i en inmatningsfas där rutiner för indata utvecklas.

”Det är synd att vi pratar om att registrera i ett register, det är utdata som är intressant”

Första linjens chefer och krav på stöd

I en inledande fas är det inte anmärkningsvärt att steget mellan rutiner för inmatning och faktiskt tillämpning av evidensbaserade insatser tar tid. Förändring möter oftast olika barriärer och motstånd. En första linjens chef för hemtjänsten menar att hon inte har någon uttalad idé om hur de skall jobba med evidensbaserad vård och omsorg. T.ex. har hon svårt att använda evidensbaserad terminologi när hon leder sina anställda. De försöker emellertid;

”Vi tänker på att vi skall använda det som funkar, t.ex. personalkontinuitet”.

Intressenterna bakom den nationella satsningen är tydliga i att kommunicera att det finns evidens även inom vård och omsorg. Detta är också en bild som lyfts fram av de experter som intervjuats i studien. Grundproblemet är att evidens inte tillämpas. Liksom i fallet med första linjens chef för hemtjänst ovan faller ett stort ansvar på dessa chefers kunskap om och förmåga att översätta evidensbaserat förhållningsätt till sina anställda. För att de skall lyckas krävs det också ett starkt stöd av berörd förvaltningsledning. En expert menade att det finns många spännande exempel på detta arbete i Tyskland. Kanske är lärresor till Tyskland ett intressant initiativ att fundera över?

Framtida utmaningar

Flera utmaningar

Framtidsutsagor är alltid förknippade med osäkerhet. Vanligtvis beskrivs framtiden i rastret av dagens, eller gårdagens sken. När vi bad de intervjuade lyfta fram några framtida utmaningar för sammanhållen vård och omsorg för Skånes mest sjuka äldre, handlade också många utsagor om en extrapolering av dagens situation. Det går inte att göra någon rangordning av utmaningar då de representerar många olika perspektiv. Däremot är det möjligt att lyfta fram de mest frekventa utmaningarna som framkom i intervjuerna. Dessa är;

- Ett bredare erbjudande för de mest sjuka äldre
- Förebyggande och uppsökande verksamhet
- Säkerställande av ledningskapacitet
- Utveckling av läkemedel
- Äldres roll i samhället
- Rekrytering
- Externa leverantörer
- Informationssystem och kommunikation

Ett bredare erbjudande för de mest sjuka äldre

Det finns en allt större fragmentering av de äldre i Skåne, vilket också återspeglas för de mest sjuka äldre. Fragmenteringen har olika bakgrunder såsom inkomst, hälsa, boendeort, utbildningsnivåer, etnicitet, kön mm. Denna fragmentering sker samtidigt som äldreomsorgen går från ett produktionsorienterat synsätt till ett allt mer uttalat individanpassat.

För att hantera denna utmaning menar de intervjuade att samhällets ”äldre erbjudande” måste breddas rörande såväl innehåll som form. Enligt de intervjuade kräver detta såväl nya boendeformer (ökad variation och nischboende) som mer kvalificerad personal. Redan i dagsläget upplever de intervjuade att det finns ont om boendeplatser.

Boendeformer har vidare en påtaglig koppling till bemanningsbehovet. De intervjuade var tämligen eniga om att boende på ”höjden” var ett sämre alternativ än boende på ”marken”, utifrån bland annat logistik och övervakningsperspektiv och inte minst nattetid då personalstyrkan är lägre.

I vilken mån 40-talisterna, enkom som en stor potentiell volym av mest sjuka äldre på gång in i systemet, är ett hot eller ej råder det delvis delade meningar om vilket följande citat illustrerar;

”Även 40-talisterna kommer att bli de mest sjuka äldre, och då har de de behov de har”

”Tacksambetsgenerationen är på väg ut och in kommer de krävande 40-talisterna” (bitta fler citat)

Sammantaget är emellertid bilden av att den förväntade fragmenteringen av äldre, parallellt med en ökad kundorientering, kommer att påverka både boende och den vård och omsorg som erbjuds.

Förebyggande och uppsökande verksamhet

Flera intervjuade tycker att det finns behov av att finna nya former för uppsökande verksamhet. Det räcker inte med att kalla till ett informationsmöte för äldre som nått en viss ålder. De man vill nå kommer inte. Den tänkta målgruppen känner sig friska. Det är alltid ”grannen” som behöver vård eller omsorg.

En relaterad utmaning är att möta de som inte har insikt i att de behöver hjälp, vilket kan vara allt ifrån demens till missbruk bland äldre såsom ”vindamer”. Här behövs utvecklade kanaler till anhöriga och olika fastighetsägare. Här finns också en koppling till LSS och de psykiskt sjuka som inte kan ta hand om sig och far illa på olika sätt. Det är i LSS-fall, men också i fall avseende vård och omsorg av den äldre, en delikat balansgång mellan personlig integritet och vetskapen att äldre far illa och att det finns hjälp att ge/få.

”Det är svårt att tvångsvårda äldre”

Den volym äldre som bor i ordinärt boende matchas vidare inte av den kapacitet som finns tillgänglig för att förebygga skador och stärka den enskilde äldres möjligheter att utföra vissa funktioner själv. Hade denna typ av insatser på bred front satts in i hemmet hade enligt de intervjuade inläggningarna på slutenvård både minskats och kortats ner.

Säkerställande av ledningskapacitet

Ledningskapacitet inom vård och omsorg ses också som en framtida utmaning, båda avseende första linjens chefer som på högre ledningsnivåer. Som tidigare berörts handlar detta om att säkerställa evidensbaserade insatser och realisering om värdegrund, men det handlar också i hög grad om förmågan att utveckla former och processer i vård och omsorg för att möta behovet av en allt mer fragmenterad målgrupp. Till detta kan den spridda bilden, och realiteten, att rekrytering av personal till omsorgen är svårt. Förutsättningarna ser också olika ut i Skåne. Bilden som förmedlas från de intervjuade är att glesbygden kommer ha svårare att klara detta rekryteringsbehov. Pågående urbanisering medför att allt fler flyttar från glesbygden och vem skall då ta hand om och betala för de mest sjuka äldre som vill bo kvar?

Utveckling av läkemedel

De intervjuade vittnade som tidigare berörts om risken för överkonsumtion av medicin för att möta ålderskrämpor. Utvecklingen inom läkemedel lär fortsätta och frågan är var

gränsen skall sättas. Denna fråga berör såväl prioriteringsval och behov av etiska prövningar och diskussioner. Kommer 40-talisterna vara en kravmaskin som gör det svårt att säga stopp?

Till detta påpekar de intervjuade behovet av att utveckla kunskaper om hur olika mediciner samverkar med varandra.

Frågan är också vilken effekt som de allt effektivare medicinerna, tillsammans med förebyggande insatser, får på de mest sjuka äldre. Ingen vet, men den tolkning som de flesta intervjuade delar är att det troligen blir både en förskjutning i tid och komprimering av tid för de äldre som blir multisjuka. Det vill säga de äldre som blir svårt sjuka innan de dör blir det senare, men under en kortare tid då kroppen är svagare när det väl sker. Det innebär att de äldre behöver vård under kortare tid men är förmodligen mer sjuk under denna period. Denna tidsmässiga förskjutning gör det också troligt att det blir svårare att budgetera då föregående års utfall inte nödvändigtvis behöver vara en rimlig utgångspunkt för att göra en prognos för året som kommer. Att äldre lever längre än beräknat var en budgetfråga som Västra Innerstaden brottades med redan under innevarande intervjurunda.

Äldres roll i samhället

De intervjuade gav uttryck att de äldre måste ges ett bredare utrymme i samhället, givet att andelen är stor och växande. Det handlar om allt från att förändra attityden till åldrande i samhället till att utveckla metoder där äldres erfarenhet kan komma samhällets utveckling till del. Förutsättningar för det sistnämnda varierar emellertid kraftigt för de mest sjuka äldre. Det handlar också om att friska äldre skall bli bättre på att definiera sig själva som potentiellt kommande svårt sjuka äldre och anpassa sitt liv efter det..

Rekrytering

Rekryteringsfrågan berör både volym och kunskapsfrågor. De intervjuade var överens om att kunskapsnivån överlag måste höjas för att möta de framtida utmaningarna. Detta gäller inte minst det evidensbaserade förhållningssättet, men också hur man bättre fångar upp och anpassar vård och omsorg till individuella och mer mjuka bitar såsom empatiträning etc.

”Vi vårdar allt svårare sjuka..., ställer krav på fler specialister inom den kommunala omsorgen”

Förutom högre kunskapsnivåer finns det ett påtagligt volymproblem. Det handlar dels om att personalen vårdar allt fler svårt sjuka, men också att en stor andel av personalstyrkan är på väg att pensionera sig (SKL, 2011). Behovet av personal och då inte minst vårdbiträden och undersköterskor, de som jobbar nära de äldre, upplevs redan nu som mycket stort enligt de intervjuade. Det behövs mer händer och fötter för att hantera den ökade volymen mest sjuka äldre. Då hälso- och sjukvården har en bredare målgrupp av patienter kan det inte minst för primärvården vara en utmaning att bemanna med relevanta kunskaper inom läkarkåren.

Externa leverantörer

Lagen om valfrihet och förekomsten av olika externa leverantörer medför också en utmaning enligt de intervjuade. För att realisera idéerna om en sammanhållen ansats för de mest sjuka äldre blir det t.ex. viktigt hur avtal formuleras så att det inte påverkar möjligheten till samverkan och informations spridning.

Den ökade valfriheten medför också en konflikt mellan behovet av att skärpa planeringen för de mest sjuka äldre och samtidigt bejaka möjligheten till olika former av fria val för individen. Till detta kan också frågan om hur olika ersättningssystem är utformade och i vilken mån ersättning motsvarar den resursförbrukning som görs inom till exempel primärvården.

Informationssystem och kommunikation

En del av de samverkansproblemen som återfinns i studiens tre goda exempel baseras på olika kulturer och traditioner men också på en kunskapsbrist vad gäller "andra sidans" sätt att arbeta (förståelse för varandras arbetssituation). Det är emellertid också påtagligt att de olika och icke kompatibla system som finns för att hantera den mest sjuka äldres hälso- och omsorgstillstånd (såsom journaler), är ett högaktuellt problem som går på tvären mot ambitionen att verka för en sammanhållen vård. Arbete pågår dock att lösa en del av dessa allvarliga brister.

Ju mer tillgänglig väsentlig patientinformation är desto mer riskerar också konflikter rörande den personliga integriteten uppstå. Viktigt är att dessa övervägande sker i samråd med berörd part, enligt de intervjuade.

Kapitel 3

Fördjupad analys och diskussion

Systemeffektiviteten jämfört med objekteffektivitet

I denna nulägesanalys har tre goda exempel studerats. Den bild som framträder är att det inom varje exempel förefaller finnas funktioner (t.ex. inom hemtjänst, boende, läkarkontakt) och aktiviteter (t.ex. schemaläggning, VOPS, samverkansmöten) i den sammanhållna vården och omsorgen av Skånes mest sjuka äldre som fungerar bra, givet de ramar och intentioner som återfinns hos de olika huvudmännen och HSL och SoL. En genomgående förklaring som lyfts fram av de intervjuade är att denna välfungerande vård och omsorg av de mest sjuka äldre förklaras av olika former av kontinuitet. Den mest framträdande kontinuiteten är de individuella relationer som över tid vuxit fram mellan anställda och mellan anställda och patienter/kunder inom huvudsakligen kommunal vård och omsorg och primärvård, men också slutenvård. En kontinuitet som huvudsakligen förklaras av en relativt stabil personalstyrka och att denna personal också ser behovet av att t.ex. engagera sig i samverkan kring frågor som rör de mest sjuka äldre. Denna stabilitet är mycket påtaglig inom och mellan vårdcentral och kommunal vård och omsorg i de tre fallen.

Det finns emellertid också exempel på att interna rutiner och visioner kan skapa kontinuitet i tanke och handlande rörande vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Återkommande forum för att diskutera olika frågor kopplade till biståndsbedömningar, NISSE-projektet vid SUS i Malmö, eller Sjöbo fleråriga visionsarbete med "Ett gott liv varje dag" är tre exempel på hur visioner och rutiner skapar kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Att vissa funktioner eller delar fungerar bra pga av olika former av kontinuitet är emellertid inte tillräckligt. Kontinuitet som baseras på personliga band kan också vara sårbart och i vissa fall leda till olika former av särbehandling. Som framkommer i rapportens beskrivning av "triangeldramat" så kan de äldre röra sig mellan ett antal olika former av boende och vård/omsorgsinsatser. Stabilare, och mer tillgängligt flöde avseende patientinformation, var återkommande synpunkter för att bättre hantera den äldres färd mellan de olika huvudmännens insatser. En annan påtaglig förbättringspotential var tillämpningen av evidensbaserade insatser inom omsorgen och ett mer systematiskt värdegrundsarbete.

För att möta de framtida utmaningarna räcker det inte med att ha delar i "äldrekedjan" som fungerar effektivt, utan alla delar måste göra det så att systemnivån stärks. Detta kan också innebära att lokala enheter med hög effektivitet måste avvecklas.

Glapp mellan lokalt utvecklingsarbete och övergripande strukturer

Ett genomgående intryck är att ett systematiskt arbets- och förhållningssätt för att stödja evidensbaserad praktik och värdegrundens genomslag påtagligt lyser med sin frånvaro. Därmed inte sagt att det inte pågår insatser i denna riktning vid vård och omsorg om de mest sjuka äldre i Skåne. Men hur kan det komma sig att det inte fått något större genomslag?

En tolkning är att ett sådant genomslag för närvarande bryter mot både det sammanhang som detta arbete sker i, såväl processer och former brister eller saknas. Sammanhanget förefaller påverkas av såväl den institutionella inramningen, allt ifrån demografiska och geografiska betingelser och olika kulturer, värderingar, traditioner till enskilda individers dito i den specifika vård- och omsorgsenhet de verkar i.

Ett sådant exempel är att utvecklingsarbete många gånger sker på lokal nivå av några eldsjälar och att detta arbete inte alltid kan finna stöd eller överensstämmelse i övergripande idéer om evidensbaserad praktik och värdegrundsarbete. Arbetet sker fragmenterat och frikopplat från övergripande stödjande strukturer. En förklaring till detta är att verksamhetsförutsättningar är så pass komplexa, då den äldre behov och individuella behov och preferenser både kan variera mycket och ändras fort, vilket gör lokal flexibilitet och anpassning kontinuerligt viktig i vardagen. Ett klokt utvecklingsarbete genomförs företrädesvis lokalt i team, varje dag. Givet att det är så ställer det emellertid krav på att ledningen blir bättre på att uppmärksamma det och stödja den typen av lokala förutsättningar för utveckling. Det gäller också för ledningen att samla in och sprida lokala utvecklingsarbeten till andra enheter med samma utmaningar.

Den centrala ledningens relation till första linjens chefer blir här mycket central. Några frågor som blir viktiga för en förvaltningsledning att fundera över är; Har första linjens chefer kapacitet och resurser för att jobba med evidensbaserad praktik och värdegrund? På vilket sätt kan ledningen stödja cheferna med metoder och exempel för ett evidensbaserat förhållningssätt? Givet att utvecklingsarbetet sker, och bäst sker, decentraliserat behövs med andra ord också en påtaglig centraliserad kraftsamling kring hur ledningen skall stödja decentraliserade utvecklingsarbete på kontinuerlig basis. Behovet av denna kraftsamling är i grunden en central politisk fråga vars realisering kräver tydligt uttalade politiska inriktningsbeslut. Den bild som framträder från intervjumaterialet är att det i nuläget finns ett hämmande glapp mellan den nivå där arbetet behöver realiseras och den centrala politiska/ledningsnivån.

Som en del i detta glapp finns också en spänning mellan betydelsen av den erfarenhetsbaserade praktiken och den evidensbaserade. En tolkning av realiseringen av evidensbaserade metoder är att den skall öka standardiseringen av olika vård och omsorgsinsatser genom att tillämpa insatser som dokumenterat fungerar. Denna idé är

sympatisk på många sätt. Den skall dock ställas mot bilden som framträder i denna nulägesanalys; genomslaget av evidensbaserade insatser är i sin linda. Pratet och medvetandet om behovet av mer evidens finns där förvisso. Men att därifrån säga att den på ett systematiskt sätt genomsyrar skånsk omsorg av våra mest sjuka äldre vore att ta i. Mycket av den omsorg som sker förefaller till stor del baseras på erfarenhetsbaserade insatser. Detta behöver inte innebära att vårdtagarna drabbas negativt i alla situationer. Tar vi kommunal omsorg som exempel kan många av den skånska vårdens omsorgsrelationer karakteriseras av fleråriga möten och dialoger mellan personal och vårdtagare. Medför denna fleråriga erfarenhetsuppbyggnad också en anpassning av insatser till olika vårdtagares individuella behov och önskemål kan det resultera i en för individen upplevd god omsorgskvalitet. En upplevelse som inte säkert hade kunnat uppnås om omsorgen hade genomsyrats av en standardiserade evidensbaserade insatser. En renodlad standardisering medför att individanpassning ersätts av ett ”genomsnitt för alla”, som naturligtvis kan påverka den enskildes upplevda kvalitet. Hur renodlad standardiseringen av evidensbaserad praktik skall vara framstår därför närmast som en strategisk och därmed också en politisk fråga.

Vem är den mest sjuka äldre?

”Vi pratar om de äldre, men vilka då”

Vid en nulägesanalys av vården och omsorgen för de mest sjuka äldre i Skåne är den mest centrale aktören svårfångad. Vem är äldre, och vem av dem är de mest sjuka? En tillsynes enkel fråga men det förefaller finnas många definitioner på vad som är en gammal människa, vad åldrande kan stå för och vad som gör en människa äldre. I det gedigna utredningsmaterialet från de senaste tjugo åren har också både etiketter och innehåll varierat.

Tar vi fysiologisk ålder som utgångspunkt så ger befolkningsstatistiken en bild. Den 31 december 2011 hade Skåne enligt Statistiska centralbyrån 1 252 933 invånare. 18,7 % av dessa var 65 år och äldre, 8,5 % var 75 år och äldre och 5,3 % var 85 år och äldre. Vi vet också att Sveriges medellivslängd långsamt har ökat nästan oavbrutet sedan 1860-talet och att allt fler dör i allt äldre åldrar. Enligt SCB (ur Valfärd 3/2012, s14) är runt 60-70 % av de kvinnor och män som dör i början av 2010-talet över 80 år. Fortsätter denna utveckling prognostiserar SCB att 90 år är en typisk dödsålder 2060. Förbättringar inom hjärt- och kärlsjukdomar är det som främst påverkat medellivslängden bland de äldre de senaste decennierna. Att fler invånare i Skåne blir fysiologiskt äldre är med andra ord tämligen klart.

Vad som däremot är mindre klart är vem som tillhör gruppen de mest sjuka äldre. Vilka går från ett ”naturligt åldrande” till ett ”sjukligt åldrande”? Socialstyrelsen har en definition som getts företräde i den nationella satsning som pågår under innevarande mandatperiod; ”Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande

nedläggningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom”⁴. Genom att sätta gränsen till 65 fångar man svansen av de mest sjuka äldre, enligt en av de intervjuade experterna. Givet att Skånes befolkning är ett snitt av Sveriges demografi rör sig den tänkta målgruppen i Skånes fall om cirka 42 000 människor som bor i någon av Skånes 33 kommuner.

Inom hälso och sjukvården finns det emellertid andra definitioner som fått genomslag. I systemet *Adjusted Clinical Groups* (ACG) kategoriseras t.ex. patienter efter förväntad vårdkonsumtion och olika grad av diagnostiserad sjuklighet. Patienter får med denna metod olika vårdtyngder. Enligt Anell (2012:158) används detta system ”*numera av flera landsting för att ersätta primärvårdsenheter utifrån vårdtyngden bland de som listat sig vid viss vårdenhet.*” I Anells studie från 2012⁵ definieras de mest sjuka äldre som de över 75 år⁵ med högst ACG-tyngd. Totalt rör sig detta om 1,7 % av befolkningen över 75 år i Skåne, dvs runt 2000 äldre.

Vi vet att ersättningssystem påverkar agerande och att deras innebörd över tid också kan institutionaliseras i både agerande och tankeramar och uppfattas som något för-givet-taget (Meyer och Rowan, 1977). I vilken mån den definitionen på de mest sjuka äldre som Anell (2012) använder sig av i sin rapport är väl spridd inom den Skånska hälso- och sjukvården låter vi ha osagt. Den påverkar dock ersättningen för den primärvård som bedrivs i Region Skåne. Ett exempel på hur dessa definitioner och institutionella tankeramar kan slå igenom blev emellertid tydligt när de vi intervjuade i Sjöbo berättade att kommunens äldreomsorg och vårdcentralen skulle göra gemensam sak med att kalla sina äldre till ett informationsmöte. Detta innebär att Primärvården Skåne i Sjöbo bjuder in dem som är 75 år medan Sjöbo bjuder in dem som är 80 år.

Inom ramen för den nationella satsningen arbetar Socialstyrelsen och andra berörda aktörer med att på olika sätt bringa reda i definitionen av de mest sjuka äldre. Som Socialstyrelsen (2011) påpekar är detta ett arbete som berör både sjukvård och omsorg. Det vi kan konstatera är att i de tre exempel som studerats så är det en hel del kvar att göra. Man använder sig fortfarande av olika definitioner och har system, t.ex. ersättningssystem, men också invanda normer och värderingar som sammantaget formerar en viss definition av de mest sjuka äldre. Då det är osäkert vad vården skall ”sammanhålla” kan vi också konstatera att denna oklarhet inte gynnar ambitionen om en sammanhållen sjukvård och omsorg för Skånes mest sjuka äldre. Då arbetet fortfarande är i sin linda är det emellertid inte så konstigt att sjukvårdens och omsorgens professioner inte nått fram till konsensus, begreppsharmonisering, och att inte befintliga organisatoriska system och rutiner har förändrats för att stödja detta. Att förändra ett professionellt baserat syn- och arbetssätt, och för den delen väsentliga organisatoriska styrsystem, tar tid.

Behovet av harmonisera definitioner av de mest sjuka äldre är en del av att kunna besvara frågan *Var är de mest sjuka äldre?* Det finns också två ”faktiska

⁴ I detta följer också en definition på vad som är omfattande sjukvård respektive omsorg.

⁵ En undre åldersgräns som också Socialstyrelsen tidigare använde för multisjuka

informationsproblem. Sjuka äldre som inte har varit i kontakt med den kommunala omsorgen utan åkt från hemmet till sjukhusvård kommer inte alltid till kommunens kännedom. Det är inte heller alla gånger klart att sjukhusvården och primärvården informationsutbyte rörande behovet av snar sjukhusvård för patienter inom kommunala boendeformer eller i hemmet alltid fungerar. På samma sätt har kommunerna ett informationsproblem, som tidigare berörts, rörande att få en bild av äldre som inom en snar framtid kommer att vara en av de mest sjuka äldre.

Vad det inte pratats om

Ett frågebatteri i en intervjusituation leder både de intervjuades och intervjuarnas tankar, reflektioner, frågor och svar i en viss riktning. Detta sker oberoende av om frågorna är mer eller mindre öppna. I denna studie har varje intervju börjat med en mycket öppen fråga; *Vad fungerar bra och vilka är nuvarande problem i vården för de mest sjuka äldre?*

De intervjuade har förvisso stundtals stannat upp och hämtat andan inför denna breda fråga, men överlag efter ett tag också samlat sig och börjar berätta utifrån sitt perspektiv. Många av de empiriska bilderna hämtar sin näring från just dessa svar. Det finns emellertid också anledning att reflektera över några av de svar som inte gavs. Några av de mer framträdande är:

- Obefintligt prat om ekonomi
- Obefintligt prat om jämförelser
- Obefintligt prat om frivilliga insatser

Med ekonomerna var det mycket prat om ekonomi. Det skall också sägas att åtminstone en förvaltningschef berörde krav på besparingar. Och det som framträdde från ekonomerna var, som tidigare nämnts, en bild där både arbetet med jämförelser och de interna kostnads- och kvalitetsanalyserna lämnar mycket kvar att önska. En bild som också väl överensstämmer med den bild som framträdde i en nationell utvärdering av det så kallade Jämförelseprojektet som löpte mellan 2007-2010 (Ramberg, 2010). Kvalitets- och effektivitetsmåttn inom äldreomsorgen lös i princip med sin frånvaro i samband med projektets initiering. Ett arbete som fortfarande är i sin linda men som påtagligt startat genom t.ex. Öppna jämförelser och databasen Kolada (som kan bli mer komplett). I föreliggande studie var det också påtagligt att de intervjuade pratade utifrån sina verksamhetsförutsättningar och gränser. Visst nämndes då och då aktörerna i triangeldramat, men mest som en bisats. Att någon gick utanför triangeldramat och explicit pratade om andra aktörers betydelse för vården och omsorgen om de äldre, såsom frivillig verksamhet mm, skedde aldrig.

En tolkning som kan göras av dessa icke svar, och som också många av de intervjuade indirekt gett uttryck för, är att vården och omsorgen är utsatta för kraftfulla institutionella krafter. Två institutionella krafter är mer framträdande än andra;

lagstiftning (läs HSL och SoL) samt professionella normer och värderingar. Dessa två krafter verkar delvis åt olika håll.

Det finns vidare motstridigheter inom de olika institutionerna. HSL som skyldighetslag och SoL som rättighetslag är ett sådant exempel som formerar tankar och handlingar olika inom vården respektive omsorgen. Den andra institutionella kraften, Vårdens och omsorgens professionella värderingar och normer, har många gemensamma drag, men också betydande olikheter. Påtagligt från denna och andra studier är inte minst den långa tradition av att jobba med evidensbaserade insatser inom hälso- och sjukvården, jämfört med den betydligt svagare tradition som finns inom kommunal omsorg. Likaså skiljer sig de anställdas professionella utbildningstid och medicinska kunskapsnivåer sig markant åt, där läkarens medicinska kunskaper och beslutsrätt ges en särställning. De olika professionella normer och värderingar som personalen har, medför också att de har svårt att ta till sig förutsättningar som råder inom vårdens respektive omsorgens institutionella logik. Vid intervjuerna var detta tydligt där den medicinska professionen på frågor rörande omsorg vanligtvis svarade utifrån sina medicinska professionella ansvarsområden. Omsorg kläddes om till medicinska vårdstermer.⁶

Starka institutioner påverkar handlingar och rutiner i organisationer och medför att dessa blir för givet tagna, liksom olika kulturer och traditioner som finns på arbetsplatsen (se t.ex. Meyer och Rowan, 1977); *"Så här jobbar vi här och det sitter i väggarna"*, är ett uttryck som fångar denna påverkanskraft. Givet detta är det t.ex. inte förvånansvärt att resurser inom omsorgen prioriteras på ett sådant sätt att genomförandet av beviljade insatser säkerställs och att den evidensbaserade omsorgen inte är utvecklad. På samma sätt är det inte anmärkningsvärt att professionella normer och värderingar inriktade på vård och omsorg prioriterar just detta, framför frågor om vad den kostar och hur den förhåller sig till andra vård- och omsorgserbjudanden. Detta är i sig inte beklagansvärt, snarare önskvärt. Det som blir problematiskt är när denna inriktning utesluter andra väsentliga beslutsvariabler, såsom de frågor som handlar om hur de gemensamma resurserna på bästa sätt används för att ge bästa möjliga kvalitet. När blir t.ex. särskilt boende billigare och till likvärdig eller bättre kvalitet jämfört med de insatser och frekvens som ges i hemmet? För denna typ av strategiska frågor och beslut krävs rättvisande och tillgänglig data, något som i nuläget endast finns i begränsad utsträckning. Titta i fem olika skånska kommunala årsredovisningar för att se hur olika kostnader och kvaliteter redovisas inom vård och omsorg, om de ens gör det. Den bristande informationen rörande vad olika insatser kostar slår både mot den interna kontrollen och den statistik som skickas till nationella databaser. Ersättningen för olika former av insatser riskerar att inte ligga i paritet med kostnaden mm.

Det finns ett påtagligt behov av att utveckla relevanta verksamhetsmått för vård och omsorg av de mest sjuka äldre i Skåne. Speciellt angeläget framtonar behovet av att utveckla ett evidensbaserat språk, inklusive måttbeskrivningar, kring de mjuka delarna av den kommunala omsorgen. Ett utvecklingsarbete som också kräver en bärkraftig vision.

⁶ Det sker naturligtvis dagligen olika former av omvårdnad inom hälso- och sjukvården som inte definieras som hälso- och sjukvård enligt HSL

En vision som kanske inte bara skall täcka de mest sjuka äldre i Skåne, utan hela befolkningens åldrande. Hur vill vi att det skånska åldrandet skall se ut?

Frågor som tre goda exempel väcker

För arbete med att utveckla en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre går det att identifiera ett flertal relevanta frågor från denna nulägesanalys. Vi väljer att lyfta fram några som angelägna att börja arbeta med. Dessa frågor är:

- Vad avses med sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre i Skåne?
- Hur säkerställs kontinuitet mellan primärvård och kommuner i Skåne?
- Hur kan en sammanhållen vision för Skånes (mest sjuka?) äldre formuleras?
- Hur kan Skåne bli ett föredöme avseende att utveckla metoder och synsätt för ett evidensbaserat socialt/själsligt innehåll?
- Hur kan befintlig teknik tillämpas för att höja verksamhetens effektivitet och stärka värdegrunden?
- Vad skulle krävas för att Skåne skulle starta en ”mest sjuka äldre pilot” med gemensam huvudman?
- På vilket sätt kan man lära av de väl fungerande delarna avseende vård och omsorg för de mest sjuka äldre i akt att stödja en stärkt och sammanhållen helhetssyn?
- På vilka sätt kan de skånska huvudmännen jobba tillsammans för att möta framtida rekryteringsbehov av vårdbiträden och undersköterskor?

Företrädelsevis besvaras dessa frågor i dialogform på lokal och regional nivå med såväl förtroendevalda som profession.

Intervjuade personer i studiens goda exempel

”Glesbygd”, Östra Göinge

Gunilla Marcusson, MAS Östra Göinge

Krister Johansson, verksamhetschef Capiro

Mats Malmgren, sjuksköterska, Hemsjukvården

Fredrik Velin, verksamhetschef, Lindgården Atendo care

Marita Nyström, samordnande sjuksköterska

Pernilla Hallberg enhetschef hjälp i hemmet Broby/Glimåkra

Vesna Glisic, arbetsterapeut

Gisela Bäckman, Verksamhetschef Vård & Omsorg Äldreomsorg

Linda Andersson, ekonom Vård och omsorg

”Median”, Sjöbo

Barbro Hansson, Silviasyster och en av de första omsorgsledarna

Jessica Klein, Silviasyster

Christin Andersson, områdeschef, äldreomsorg

Cecilia Perry, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Marie Vansten, arbetsterapeut

Monica Botvidsson, biståndshandläggare

Janet Mars, biståndshandläggare

Kjell-Åke Nilsson, Förvaltningschef

”Storstad”, Västra Innerstaden, Malmö

Pia Hesselroth Tegel, enhetschef social och medicinsk omsorg

Eva Ersson, sektionschef myndighetssektionen

Jeanette Larsson, sektionschef Jyllands vårdboende,

Helena Ronnle, vårdbiträde, Jyllands vårdboende

Lotta Karlsson, undersköterska, Jyllands vårdboende

Ann Letorp, vård och omsorgschef

Helene Hellström, enhetschef för särskilt-, ordinärt- och LSS boende

Christina Bull, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eva Ström, ekonom

Gustav Dahlberg, ekonom

Experter och övriga intressenter

Eva Granvik, enhetschef, Minneskliniken, SUS

Sigrid Kulneff, sjuksköterska Minneskliniken, SUS

Finnur Magnusson, docent, Malmö Högskola

Sölve Elmståhl, professor CSR, SUS I Malmö.

Christer Neleryd, samordnare, Kommunförbundet Skåne

Anders Anell, professor vid Företagsekonomiska institutionen.
Erik Blennberger, forskningsledare på Ersta Sköndal högskola.
Mattias Haraldsson, doktorand vid Företagsekonomiska institutionen, revisor vid PWC.
Eva Wiman, anhörigrådgivare, Malmö Anhörigförening.

Övriga muntliga källor

Deltagande vid Nätverksträff i Höör, *Patientprocess mest sjuka äldre*, den 20 september.
Nationella forskningsprogrammet i Lund den 11-12/10. *Anpassning, styrning och professionell självständighet. Case; Äldreomsorg i Stockholm*, presentation Jan Wallenberg, IKE Stockholm

Referenslitteratur

- Anell, A. (2012). Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer.
- Ennazih, O & Fransén, K (2008). *Organisationskultur inom den kommunala hemtjänsten*. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet.
- Gurner, U. (2012). Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Sveriges kommuner och landsting.
- Norman, E (2010). *Biståndshandläggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Phillips, J, Walford, N, och Hockey, A. (2011). How do unfamiliar environments convey meaning to older people? Urban dimensions of placelessness and attachment. *International Journal of Ageing and Later Life*. Vol. 6 (2):73-102.
- Ramberg, U (2010). *Utvärdering av det nationella jämförelseprojektet 2007-2010*. Slutrapport till Finansdepartementet och Sveriges kommuner och landsting, 2010-06-14. Lund:KEFU.
- SCB (2012) Välfärd nr 3.
- SKL (2011) Här finns Sveriges viktigaste jobb - En rekryteringsprognos för välfärdssektorn.
- Socialstyrelsen (2006) Lagstiftning inom vården och omsorgen om de äldre – likheter och skillnader mellan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen.
- Socialstyrelsen (2010) Nationell riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning
- Socialstyrelsen (2011) De mest sjuka äldre – Avgränsning av gruppen
- Socialstyrelsen (2011) Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre –
- Socialstyrelsen (2012) Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre – en redovisning av arbetsläget september 2012.
- Socialstyrelsen (2012) Nya föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden – Meddelandeblad
- Socialstyrelsen (2012) Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en kartläggning av översikter

SOU (2000:38) Äldreomsorg i förändring.

SOU (2004:68) Sammanhållen sjukvård, inklusive kommittédirektiv 2003:40

SOU (2008:51) Värdigt liv i äldreomsorgen

SOSFS 2012:xx (S) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden.