



Göteborgs Stad
Centrum

Att ha eller inte ha inflytande - det är frågan

**Brukares uppfattning om individuellt
arbetsätt med social dokumentation i
äldreomsorgen**

Charlotte Nyberg
Utredare
Äldreomsorgen i Centrum
Augusti 2007

Sammanfattning

Äldreomsorgen i stadsdelen Centrum i Göteborgs Stad utbildade mellan åren 2005 - 2007 all personal i hemtjänst och på äldreboende i målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation inom ramen för den nationella Kompetensstegen. Centrums äldreomsorg har valt att öka vårdtagarens möjlighet till inflytande genom att utveckla målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation. Andra mål för utvecklingsarbetet är att varje vårdtagare ska få det stöd de behöver utifrån individuella behov och att vårdtagarna ska få samma stöd oavsett vem som ger stödet. Vad kunde äldreomsorgen i Centrum lära av införandet av det nya arbetssättet och hur kunde man gå vidare?

Tio vårdtagare från två olika geografiska hemtjänstområden i stadsdelen Centrum har intervjuats efter att ha valts ut slumpmässigt. Frågor har ställts utifrån målen för målstyrt individuellt arbetssätt; ökat inflytande, individuellt stöd och kontinuitet i omsorgen. Ett annat frågeområde fokuserar på hur vårdtagarna uppfattat presentationen av det nya arbetssättet. Carina Löfström, FoU i Väst/GR har gett handledning och synpunkter på rapporten.

En del av social dokumentation är omsorgsplanen, som från och med 2006 kallas genomförandeplan. Omsorgsplanen är en överenskommelse mellan vårdtagare och personal om vad som ska göras och på vilket sätt. När omsorgsplanen tas fram tillsammans med vårdtagaren ska vårdtagaren ges möjlighet att framföra önskemål utifrån sina individuella behov. Planen ska fungera som ett verktyg i att arbeta målinriktat med uppföljning och utvärdering av hemtjänstinsatserna.

I undersökningen framkom att få av vårdtagarna kom ihåg eller uppfattade omsorgsplanen som en överenskommelse. En reflektion är att det inte behöver betyda att omsorgsplanen inte fungerar som ett verktyg. Om det som överenskommit om utförs, kan dokumentationen vara mindre viktig för vårdtagaren.

Flertalet av vårdtagarna kunde inte uppge målet för den hjälp de fick. Några reflekterade över målet i övergripande termer som att kunna bo kvar hemma till livets slut. Mer specifik målsättning hanteras sällan i biståndsbedömning eller i tvärprofessionell samverkan, d.v.s. i steget före att ta fram mål i genomförandefasen av vad som beviljats. Är det möjligt för personalen i hemtjänsten i Centrum att, tillsammans med

många gånger väldigt sjuka vårdtagare, ta fram meningsfulla och begripliga mål i genomförandefasen?

De flesta av vårdtagarna var nöjda med den hjälp de fick, men beskrev också att de anpassat sina behov av hjälp efter vad som erbjuds. De förmedlade att de uppfattade vissa synpunkter och önskemål som omöjliga att få gehör för på grund av hemtjänstens organisation och regler.

De flesta vårdtagarna talade om vikten av att det är samma personal som kommer och att relationen till kontaktpersonen var mycket betydelsefull. De flesta var väldigt nöjda med personalens bemötande. Ungefär hälften av vårdtagarna uppgav att de fick olika hjälp beroende på vem i personalgruppen som kom. Alla vårdtagare tyckte att det var besvärligt med ombyte av personal. Kontinuitet är kanske den viktigaste kvalitetsaspekten. Men vad är mest styrande när hemtjänsten i Centrum organiserar sitt arbete, uppgiftskontinuitet eller personkontinuitet?

Vad var det som vårdtagarna i hemtjänsten i Centrum ville ha inflytande över? Ett tema var att få information om och att kunna påverka vem som kommer, när och vilken hjälp som ges vid dagens besök. Många önskemål handlade om att få hjälp av samma personal. Det var en viktig aspekt av inflytande att kunna planera sin vardag och veta vad som händer idag. Ett annat tema handlade mer om tjänsterna i sig: att kunna få välja mataffär, välja maträtt vid matleverans och att kunna få hjälp med småsaker, ofta kopplat till städning.

Vårdtagarnas berättelser i denna intervju-undersökning har pekat på att det är en komplex fråga att ge vårdtagarna möjlighet till inflytande och att vägen dit kan kräva förändringar som kanske inte är möjliga inom ramen för hur hemtjänsten i Centrum är organiserad idag. Hur vårdtagaren upplever kvaliteten beror både på innehåll och på bemötande från personalen.¹ Det räcker inte att bara lägga fokus på det ena utan det andra.

Rapporten har kallats ”Att ha eller inte ha inflytande, det är frågan”. Svaret är att vårdtagarna både har och inte har inflytande. Frågan kan också vara om hemtjänsten i Centrum både kan och vill ge vårdtagarna inflytande? Svaret på den frågan ligger utanför denna studies syfte men kan hemtjänsten låta bli om den ska utvecklas?

¹ Gnällspikar eller tillgångar? Klagomålshantering som ett verktyg för kvalitetsutvecklingsarbete och ökat brukarinflytande Arbetsrapport 3:2001 Äldreomsorg och äldreomsorg Luppen kunskapscentrum.

Sammanfattning	2
1. Inledning.....	5
2. Målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation.....	7
3. Tillvägagångssätt.....	10
Intervjugruppen	11
Reflektion över tillvägagångssätt	11
4. Vårdtagarnas berättelser och författarens reflektioner	13
Omsorgsplanens tillkomst, syfte och betydelse	13
Omsorgsplanen och hur den används.....	14
Reflektion	15
Mål för hjälpen	15
Reflektion	16
Behov av hjälp och den hjälp som ges	17
Möjlighet att påverka	19
Reflektion	20
Omsorgs- och personkontinuitet	22
Reflektion	23
Bemötande.....	24
Reflektion	24
5. Avslutningsvis	25
Källförteckning.....	27
Bilaga 1: Individuell omsorgsplan	29
Bilaga 2: Intervjuguide.....	31
Bilaga 3: Veckoplanering.....	33

1. Inledning

”Det är viktigt, till och med mycket viktigt, att få frågan.”

Orden är Ebbas, vårdtagare i hemtjänsten i stadsdelen Centrum i Göteborgs Stad, om att det är viktigt att bli tillfrågad om hur hon vill ha det. Det är fler än Ebba som tycker att det är viktigt att få frågan om vad du som äldre i äldreomsorgen har för önskemål. I den politiska debatten om olika äldrefrågor läggs ofta fokus på de äldres möjligheter och svårigheter i att kunna påverka. Men vad betyder det att ha möjlighet till inflytande och hur når vi dit?

Socialtjänstlagen² föreskriver att äldreomsorgen skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. När behov av äldreomsorg uppstår ska bistånd i det dagliga livet utformas så att det stärker de äldres möjligheter att leva ett självständigt liv. Den enskilde ska vara delaktig i att ta fram en plan för hur biståndet ska genomföras och ska ges möjlighet att föra fram önskemål. Lagen föreskriver också att äldreomsorgen ska vara av god kvalitet där människors självbestämmanderätt och integritet bedöms som en kvalitetsaspekt. För att säkra att verksamheten är av god kvalitet krävs bl.a. dokumentation, uppföljning och utvärdering av genomförandet av en insats³.

I äldreomsorgens olika inriktnings- och måldokument nationellt, i Göteborgs Stad och i stadsdelen Centrum⁴ förs fram att de äldres möjligheter till inflytande ska stärkas. Olika vägar till ökat inflytande prövas i kommuner som Helsingborg, Linköping och även i t.ex. stadsdelen Askim i Göteborgs Stad⁵.

Äldreomsorgen i Centrum har valt att öka vårdtagarens möjlighet till inflytande genom att utveckla målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation. Andra mål för utvecklingsarbetet är att varje vårdtagare ska få det stöd de behöver utifrån individuella behov och att vårdtagarna ska få samma stöd oavsett vem som ger stödet. Uppfattar vårdtagarna att

² 4 kap 1 § SoL ”självständighetsparagrafen”, 3 kap 3 § SoL ”kvalitetsparagrafen”, 11 kap. 5 § SoL, ”dokumentationsparagrafen”.

³ Social dokumentation inom funktionshinder och äldreomsorg. En vägledning. Länsstyrelsen Västra Götalands län 2006:90.

⁴ Nationell handlingsplan för äldrepolitiken Prop. 1997/98:113, Äldreomsorgsplan för Göteborg 2002-2010, Göteborgs Stad, Mål och inriktning/Budget 2006 och flerårsplaner 2007-2008 för Göteborgs Stad Centrum.

⁵ Askimsmodellen. Valfrihet och självbestämmande för de äldre i Askim. (2004) Göteborgs Stad Askim Äldreomsorgen, Inger Nilsson.

de kan påverka den hjälp de får? Får vårdtagaren ett individuellt anpassat stöd? Får vårdtagaren samma stöd oavsett vem som ger hjälpen? Vad kan äldreomsorgen i Centrum lära av införandet av det nya arbetssättet och hur går man vidare? De frågorna har inspirerat Centrums äldreomsorg till att intervjua ett antal vårdtagare om hur de uppfattat målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation.

Första delen i rapporten beskriver målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation och tillvägagångssätt i intervju-undersökningen. Andra delen omfattar vårdtagarnas berättelser med författarens reflektioner. Rapporten avslutas med författarens reflektioner i sammandrag.

2. Målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation

Äldreomsorgen i Centrum i Göteborgs Stad utbildade mellan åren 2005 - 2007 all personal i hemtjänst och på äldreboende i målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation inom ramen för Kompetensstegen. Kompetensstegen beskrivs som en flerårig nationell, statlig satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre (www.kompetensstegen.se). Utgångspunkten var att uppmuntra till kvalitetsarbete genom verksamhetsnära kompetensutveckling av personalen. Under åren 2005 - 2008 har drygt en miljard kronor avsatts nationellt till satsningen.

Upprinnelsen till äldreomsorgens i Centrum utbildning i och utveckling av social dokumentation var Länsstyrelsens kritik vid en tillsyn i hemtjänsten i slutet av 2004. Social dokumentation omfattar en plan för genomförande av biståndsinsatser, en s.k. omsorgsplan, men även utförarens anteckningar om händelser och avvikelser av betydelse i genomförandet av biståndet. Från och med 2006 kallas omsorgsplan för genomförandeplan⁶.

Vid en genomgång av hur äldreomsorgen i Centrum arbetade framkom att olika typer av dokumentation användes och att det fanns olika rutiner för social dokumentation. Personalgrupper hade kommit olika långt i att arbeta med dokumentation. I diskussioner som följde i ledningsgruppen i äldreomsorgen i Centrum diskuterades att lägga fokus på inte bara dokumentationen i sig, utan också på att utveckla en god omsorg och vård genom att arbeta målinriktat utifrån varje vårdtagares behov och önskemål. I ledningsgruppen diskuterades möjligheterna till reflektion och samsyn i arbetssätt i personalgrupperna genom målinriktat arbetssätt: att dokumentera mål, vårdtagarens önskemål, hur personalen ska arbeta för att uppnå målet och hur det sedan blev. Social dokumentation kunde på så sätt bli ett av verktygen i processen snarare än slutprodukten.

⁶ Social dokumentation inom funktionshinder och äldreomsorg en vägledning Länsstyrelsen Västra Götalands län 2006:90 Genom en ändring 1998 i socialtjänstlagen, SoL, har kraven på social dokumentation skärpts, framför allt när det gäller genomförandet av biståndsbeslut. Krav på social dokumentation regleras i 11 kap. 5 § SoL och i socialstyrelsens föreskrifter SOSFS:2006:5.

Diskussionen i ledningsgruppen byggde på Göteborgs Stads vision om kvalitetsutveckling där en lärande organisation är plattformen för verksamhetsutveckling⁷. Att arbeta med kvalitetsutveckling i en lärande organisation innebär att arbeta med ständiga förbättringar, att ta fram mätbara mål, genomföra, utvärdera, dra lärdom och inte minst att agera utifrån vad man lärt⁸.

All hemtjänstpersonal utbildades under totalt 5 dagar hösten 2005 till och med våren 2006 för att få samma utgångspunkter för utvecklingsarbetet med social dokumentation. Personalen på äldreboende startade sin utbildning först hösten 2006 och den utvecklingsinsatsen ingår inte i denna rapport. Gemensamma mallar för dokumentation och rutiner togs fram av ledningsgruppen i hemtjänsten i Centrum. Den individuella omsorgsplanen (bilaga 1) omfattade rubriker som: social situation, nätverk och intressen, hälsotillstånd, beviljat bistånd/omsorgs och serviceinsatser, särskilda behov och önskemål, hälso- och sjukvårdsinsatser, mål för vård och omsorgsinsatser, arbetsmetoder, uppföljning/utvärdering, samt översikt över vad som ska utföras. Från och med oktober 2006 kallas översikten veckoplanering och har strukturerats om.

Målsättningen var från början att *alla* vårdtagare skulle ha en plan framtagen inom en viss tidsrymd efter utbildningen. Från och med 2007 är de vårdtagare undantagna som enbart har serviceinsatser d v s vårdtagare som enbart har inköp, städning och tvätt.

Planen skulle tas fram tillsammans med vårdtagaren och skrivas under av vårdtagare och kontaktperson. Planen förvarades med vårdtagarens samtycke i en pärm hemma hos vårdtagaren. Pärmerna innehöll förutom en undertecknad omsorgsplan även information om hur man tar kontakt med omsorgspersonal, biståndsbedömare och ansvariga enhetschefer, hur man lämnar synpunkter och annan liknande information.

En kopia av planen förvarades i personalgruppens lokal. Bakgrund till valet att förvara omsorgsplanen hemma hos vårdtagaren var att vara tydlig i vad som överenskommit, men också att förmedla att planen är vårdtagarens *och* personalens gemensamma dokument.

En folder togs fram som stöd för personalen i att informera vårdtagarna om bakgrund till och syfte med social dokumentation.

Personalgrupperna utsåg dokumentationsombud i sina personalgrupper som bollplank och stöd för de övriga kollegorna. Ombuden har träffats i

⁷ Göteborgs Stads vision om kvalitetsutveckling fastställd av kommunstyrelsen 1999.

⁸ Demings förbättringshjul, PDSA-hjulet Plan, Do, Study, Act,

nätverk för påfyllning och stöd i sin roll under ledning av en utvecklingsledare. Ytterst ansvariga för utvecklingsinsatsen var hemtjänstens enhetschefer som regelbundet träffat utvecklingsledaren i en styrgrupp för stöd och diskussion under processen.

3. Tillvägagångssätt

Kompetensstegesatsningen i Göteborgs Stad utvärderas på olika sätt. Dels genom att använda de uppföljningsinstrument som redan finns, de årliga brukar- och medarbetareundersökningarna, dels genom självvärdering i personalgrupperna. Även en extern utvärdering av vissa utvalda metoder genomförs. Utvärderingen i Göteborgs Stad omfattar alla utbildningsåtgärder, även Centrums utbildning i "Målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation".

Författaren till denna rapport kom med förslag till ledningsgruppen i hemtjänsten i Centrum att fördjupa sig i hur vårdtagarna uppfattat det nya arbetssättet. Vårdtagarna i Centrum får med jämna mellanrum enkäter av olika slag att besvara och viss "enkättrötthet" har infunnit sig. Enkäter ger inte heller möjlighet till att ställa följdfrågor. Författaren valde därför intervju som metod för att få en djupare kontakt med ett antal av vårdtagarna. Intervjuaren, och författaren till denna rapport, är utredare i äldreomsorgen i Centrum och har funnits med i starten av utvecklingsinsatsen, men har inte deltagit i genomförandet.

Förberedande samtal fördes med enhetscheferna och dokumentationsombuden i hemtjänst om genomförandet av intervjuerna och vilka frågor som var intressanta att ställa. Carina Löfström, FoU i Väst/GR har gett handledning och synpunkter på rapporten.

En intervjuguide (bilaga 2) togs fram med frågeområden utifrån målen för målstyrt individuellt arbetssätt; ökat inflytande, individuellt stöd och kontinuitet i omsorgen. Ett annat frågeområde fokuserar på hur vårdtagarna uppfattat presentationen av det nya arbetssättet. Frågeområdena inriktade sig enbart på den del av social dokumentation som kallas individuell omsorgsplan eftersom det är i den delen av dokumentationen som vårdtagaren är delaktig.

20 vårdtagare från två olika geografiska hemtjänstområden med hjälp sex timmar/vecka eller mer valdes ut slumpmässigt av intervjuaren. Områdena valdes ut utifrån att personalen i dessa områden var färdigutbildade i årsskiftet 2005/2006 och hade hunnit arbetat med det nya arbetssättet i ca tio månader.

Vårdtagarna fick ett brev med information om syftet med intervjuerna, att de valts ut slumpmässigt och att de per telefon skulle bli tillfrågade om de kunde tänka sig att bli intervjuade. Drygt hälften, 10 personer, av

de utvalda tackade ja till en intervju. 3 personer som fick brev plockades bort p.g.a. sjukdom. Intervjuerna skedde i vårdtagarnas hem kring månadsskiftet november/december 2006 och spelades in på band om vårdtagaren accepterade det. Vårdtagarna informerades om att deras svar skulle komma att vara anonyma.

Intervjuerna har skrivits ut i sammanfattning och har tolkats av intervjuaren.

Intervjugruppen

Sammanlagt har tio vårdtagare intervjuats.

- Nio personer var kvinnor och en man.
- Av de tio personerna var en person 73 år, tre personer 86, respektive 87 och 88 år och resterande sex personer var 90 år eller äldre.
- Alla var ensamboende i lägenhet.
- Det varierade hur lång erfarenhet de intervjuade hade av att ha hjälp och stöd av hemtjänsten. Vårdtagarna hade haft hjälp från två år tillbaka och upp till sju år. En vårdtagare hade fått hjälp nyligen.
- Samtliga vårdtagare visste vem som var deras kontaktperson.

Reflektion över tillvägagångssätt

I intervjusituationerna framkom att flera uppfattade intervjun som en möjlighet till social samvaro och att kunna prata om sin hjälp mer allmänt än just om äldreomsorgens nya arbetssätt. Vårdtagarnas berättelser om hur man upplevde sin situation och kontakten med hemtjänsten tolkades av intervjuaren kopplat till frågeområdena i intervjuguiden.

Minst sex månader hade förflutit sedan omsorgsplanen togs fram, vilket kan ha påverkat hur mycket vårdtagarna kom ihåg av tillkomst och syfte. Efter omsorgsplanens tillkomst har delar av planen gjorts om. Från och med 2007 förvaras inte översikten över vad som ska utföras, den s.k. veckoplaneringen, i vårdtagarens hem utan i personalgruppens lokal, vilket kan påverka i vilken utsträckning personalen använder planen som förvaras i vårdtagarens hem.

Svaren ger ändå en indikation på hur pass levande omsorgsplanen var efter att den tagits fram och i vilken grad olika personal har samsyn i och information om vad som ska utföras.

Antalet intervjuer stannade vid tio då intervjuerna visade en relativt samstämmig bild.

Samtalen var öppenhjärtiga och ingen vårdtagare förmedlade att de avstod från kritik av rädsla för konsekvenserna. Sannolikt uppfattades intervjuaren som ”utomstående”.

4. Vårdtagarnas berättelser och författarens reflektioner

Nedan följer en sammanställning av vårdtagarnas berättelser med citat från vårdtagarna som exempel, sorterade utifrån intervjuguidens olika frågeområden. Efter varje och ibland efter två frågeområden följer ett reflektionsavsnitt.

Omsorgsplanens tillkomst, syfte och betydelse

Ingen vårdtagare kunde beskriva omsorgsplanens syfte eller vilken information de fick när omsorgsplanen skulle tas fram. Vårdtagarna har ändå accepterat att planen togs fram.

”Jag fick nog information och vi gick igenom planen. Jag ser inte att läsa själv. Syftet var oklart, men jag förlitade mig på kontaktpersonen”.

”Hon bara frågade och jag svarade. Jag var inte så intresserad. Jag kommer inte ihåg varför vi skulle ta fram planen. Det är så mycket papper nuförtiden så man hänger inte med.”

Ett par vårdtagare beskrev vad de trodde syftet var med planen.

”Jag vet inte riktigt hur det gick till och om jag fick någon information. Hjälpbehovet har vuxit fram successivt. Jag tror att det handlar om att personalen ska ha något att gå efter.”

”Vi tog rad för rad i planen och jag fick själv avgöra vad jag tyckte. Jag tänkte när hon kom med papprena att dom här papprena man blir ju tokig. Jag är så gammal och vad ska man med allt till. Men det är nog inte så dumt med upplysningar i alla fall.”

Två vårdtagare kunde mer i detalj beskriva den del av planen som handlar om vårdtagarens bakgrund och hur de uppfattat att bli tillfrågad om sin bakgrund.

”Jag kommer inte ihåg hur det gick till. Jag har ingen plan, men jag har en pärm det står saker i. Yrke, skolunderbyggnad, det var bra att få berätta vem jag är.”

”Dom kom hit tre stycken och intervjuade om när jag var född och vilka språk jag kan, vad är det för mening med det?”

Några personer förmedlade att behov av hjälp och hur man vill ha det växer fram efterhand.

”Det har gått successivt egentligen. Det är så mycket utredningar ibland och man märker inte så stor skillnad.”

För någon spelade en nedskriven plan ingen roll.

”Jag kommer inte ihåg hur det gick till och vet inte syftet med planen. Jag har haft hjälp länge och dom kan mig.”

De flesta av vårdtagarna hade inte upplevt någon skillnad efter omsorgsplanens tillkomst, men ett par tyckte att det skett positiva förändringar.

”Det går i sina gamla hjulspår.”

”Favoriterna kommer nu efter det.”

Omsorgsplanen och hur den används

De flesta av vårdtagarna beskrev att vare sig de själva, anhöriga eller personal använde den pärm och omsorgsplan som förvarades i deras hem. I intervjuerna visste alla vårdtagarna var pärmen med omsorgsplanen fanns och ville gärna ”peka ut” och ta fram den. Ingen av omsorgsplanerna hade ännu följts upp enligt vårdtagarna.

”Omsorgsplanen används inte. Den är inte riktig heller, den stämmer inte längre. Fast en släkting tittade i den.”

”Jag har tittat i den själv en gång, fast ingen annan gör det. Jag har ingen nytta av den.”

”Ingen använder planen egentligen för dom kan mig.”

Några formulerade att de hade viss nytta av planen.

”Kontaktpersonen och jag tittar i den ibland för att se om det är något vi missat eller så, men ingen annan använder den. Fast det finns ju dom som säger jasanya du har en sån pärm.”

”Jag tittar i den själv ibland för man glömmar så lätt.”

”En god vän läste i planen om min hjälp och fyllde i en klagomålsblankett eftersom jag inte fått den hjälp det stod att jag skulle få. Sen står det telefonnummer till biståndsbedömaren i den.”

Reflektion

Omsorgsplanen är en dokumentation av en överenskommelse mellan vårdtagaren och personalen om vad som ska göras och på vilket sätt. Den fungerar också som ett verktyg i att arbeta målinriktat med uppföljning och utvärdering. Att så få av vårdtagarna kom ihåg eller uppfattade omsorgsplanen som en överenskommelse behöver inte nödvändigtvis betyda att omsorgsplanen inte fungerar som ett verktyg för ett målinriktat, individuellt arbetssätt. Om det som överenskommit utförs är det inte så sannolikt att dokumentationen behöver vara eller är av större betydelse för vårdtagaren.

Möjliga förbättringsområden/frågor att diskutera:

En reflektion är att hur omsorgsplanen presenteras och hur den tas fram kan vara av stor betydelse för hur vårdtagaren uppfattar den längre fram. Sannolikt har det också betydelse om vårdtagaren uppfattar att personalen i hemtjänsten i Centrum använder omsorgsplanen som ett verktyg och att den används regelbundet.

Mål för hjälpen

Ingen av vårdtagarna kunde beskriva vilka mål de har satt upp i planen tillsammans med kontaktpersonen. Flera förmedlade vad de själva uppfattar som målet med hjälpen på en mer övergripande nivå.

”Jag vet inte vilka mål som är uppsatta i planen, men jag vill bo kvar hemma till livet slut.”

”Jag vet inte egentligen, jag vill dö hemma, det är min önskan.”

”Målet är väl att det ska gå bra för mig hemma?”

Reflektion

Flertalet av vårdtagarna kunde inte uppge målet för den hjälp de får. Några reflekterade över målet i övergripande termer som att kunna bo kvar hemma till livets slut. Det speglar att biståndsbedömningen/beslutet sällan uttrycker något mer målinriktat än att kunna bo kvar hemma, kunna leva ett självständigt liv, kunna uppnå skälig levnadsnivå och liknande. Fokus i biståndsbedömning ligger på att bedöma *rätten till* bistånd för att kunna leva ett självständigt liv, inte på att nå målet ett självständigt liv och hur vägen dit kan gestalta sig. Biståndsbedömning är enligt Peter Westlund, forskare vid FOU i Kalmar, normrationell snarare än målrationell⁹.

Enligt Peter Westlund är normrationell biståndsbedömning tillbakablickande, fokuserar på brister hos den enskilde och den enskilde som mottagare, samt på standardisering. Den målrationella biståndsbedömningen är dess motsats: framåtblickande, fokuserar på den enskilde som mottagare, men också som medproducent och på individualisering.

Peter Westlund beskriver också att för att vårdtagaren ska kunna vara delaktig i den vård och omsorg som ska utföras krävs förmåga att både kunna och vilja. Att kunna hänger samman med förmåga och förståelse för uppgiften och att vilja om att vara motiverad. Vårdtagaren kan ha förmåga, men inte motivation eller motivation, men inte förmåga. Eller kanske vårdtagaren till och med vare sig har förmåga eller motivation. Det ställer krav på personalens förmåga och möjligheter till stöd och instruktion i olika situationer för att vårdtagaren i sin tur ska ha möjlighet att vara delaktig i sin vård och omsorg¹⁰.

En reflektion är att biståndsbedömning sällan sker utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv och ofta är föremål för utvecklingsarbete. En tvärprofessionell bedömning kan fungera som ett underlag för omsorgspersonal och inte minst, vårdtagaren själv, i samtalet om vilka

⁹ Peter Westlund, Modeller för beslutsfattande, Äldreomsorg, tidningen för kompetensutveckling 6/2006 I handläggningens utmarker.

¹⁰ Peter Westlund, Arne Sjöberg (2005) Antonovsky inte Maslow - för en salutogen vård och omsorg.

mål som faktiskt är möjliga att uppnå utifrån t.ex. vårdtagarens hälsa och funktionsförmåga.

Möjliga förbättringsområden/frågor att diskutera:

Mer specifik målsättning hanteras sällan i biståndsbedömning eller i tvärprofessionell samverkan, d.v.s. i steget före att ta fram mål i genomförandefasen av vad som beviljats. Hur kommuniceras de övergripande målen för biståndet till personalen som ska utföra insatserna? Vilken dialog finns mellan olika yrkeskategorier kring vårdtagaren? Är det möjligt för personalen i hemtjänsten i Centrum att, tillsammans med många gånger väldigt sjuka vårdtagare, ta fram meningsfulla och begripliga mål i genomförandefasen?

Behov av hjälp och den hjälp som ges

De flesta av vårdtagarna var nöjda med den hjälp de fick, men förmedlade samtidigt att de anpassat sina behov av hjälp efter vad som erbjuds. Flera pratade om att personalen har bråttom och att behoven ska tillgodoses inom en viss tidsrymd.

”I början när jag fick hemtjänst frågade jag om hon kunde hänga in en ren blus i garderoben. Då sa hon att hon inte fick det och då undrade jag var det var frågan om. När dom gjort vad dom ska skulle dom sitta och prata tiden som är kvar. Men dom går istället för dom har alltid bråttom. Man kan inte begära mer och jag är tacksam för den hjälp jag får i den situation jag är.”

”Man kan inte klaga, jag får den hjälp jag behöver. Storebror har bestämt hur det ska vara med städningen. Det skulle jag vilja ha lite bättre.”

”Dom är alla trevliga och vänliga, men jag skulle vilja att dom strök, städade under sängen och städade golven oftare än dom gör. Och att dom bytte gardiner och tvättade dom. Dom får inte gå upp på stegar och byta lampor så det får jag be andra om hjälp med. Jag skulle vilja att dom hann sitta ned och prata. Dom gör allt på kortast möjliga tid. Men jag har ändrat min inställning och mina krav. Det är inte så viktigt längre och då mår jag bättre.”

”Konstigt med att olika saker ska ta så lång tid, hur vet man det?”

Ett par vårdtagare hade anlitat privat hjälp för vissa sysslor.

”Jag får bra hjälp, men jag har valt att ha egen städhjälp för jag vill ha städad på mitt sätt, ta ut mattor och så. Sen har jag bett om hjälp med småsaker, men fått svaret att det får vi inte göra.”

Jag skickar bort mina lakan för att få dom manglade. Jag vill ha vita lakan med spets som mamma har virkat och inga påslakan som alla har nuförtiden.”

Några hade efterfrågat hjälp och fått nej, medan andra beskrev att de hört talas om vad som gäller och därmed inte har bedömt det som lönt att fråga.

”Vissa saker gör dom inte och det är löjliga regler tycker jag och det är många som säger det.”

”Jag har inga önskemål. Dom får inte sträcka sig och inte göra si och inte så. Dom får inte stryka för då kan dom bränna sig och inte mangla för då kan dom klämma sig och inte stiga upp på stolar för dom kan ramla. Det säger bekanta också och det där med regler har man hört.”

Några vårdtagare berättade att de inte vet vad de har rätt till.

”Jag vill veta när jag får min hjälp på dagen och vill inte sitta och vänta på besked till in på eftermiddagen. Kan man begära det?”

”Jag får ju hjälp, men man vet inte sina rättigheter och vad man kan fodra för hjälp. Dom säger att dom inte får gå upp på en stol och det är ju mycket man behöver hjälp med som man inte kan själv.”

Några andra beskrev att de också får, eller har lovats, hjälp med småsaker och sådant som inte tillhör det vardagliga, men att de upplevde osäkerhet i när de kan få denna hjälp.

”Jag är väldigt nöjd med hjälpen, men när vi ska göra saker utöver det vanliga som att handla kläder, vet jag inte när det kan bli av. Vi kan planera in det och så blir det inställt. Det blir ju alltid av, men jag vet inte när.”

”Jag får allt jag behöver. Jag skulle vilja ha silvret putsat, men det blir aldrig av fast det lovats.”

Möjlighet att påverka

Alla vårdtagare beskrev att de kunde lämna synpunkter och föra fram önskemål. Samtidigt förmedlade de att de uppfattar vissa synpunkter och önskemål som omöjliga att få gehör för på grund av hemtjänstens organisation och regler (se föregående avsnitt). Många önskemål handlar om kontinuitet.

”Det är så många olika som kommer. Det kunde vara samma eller åtminstone bara två olika som kom. Det var olika varenda dag en period och ibland en på morgonen och en annan på eftermiddagen.”

”Det är inte roligt när det står en okänd människa i hallen.”

Förutom att anpassa sina behov efter vad som erbjuds fanns det två andra teman i vad vårdtagarna beskrev att de skulle vilja påverka. Det andra temat handlade om att det är viktigt att få information om och att kunna påverka vem som kommer, när de kommer och när extrasaker kan bli utförda. Att få veta tid när personalen kommer är framförallt viktigt när det handlar om måltider.

”Jag kan påverka och säger till för jag är klar i huvudet. Det är inte så viktigt att kunna påverka vad som ska göra, mer viktigt att påverka vem som kommer.”

”Jag kan framföra synpunkter, men det är inte så viktigt med att påverka. Jag vill mer veta när extrasaker blir av.”

”Dom ändrar om jag påpekar något. Det är så mycket tal om schema. Allt ska antecknas. Det är väl svårt att bestämma hur lång tid det ena eller andra tar. Ibland kommer frukosten sent, tiden spelar roll för frukost och middag. Eftermiddagen blir så lång om jag äter för tidigt”.

Det tredje temat handlade om att kunna påverka hjälpen i sig. Några beskrev vikten av att kunna påverka matinköp och vad de ska äta. Flera berättade om enskilda moment i städning som de vill ha utförda, men som inte görs.

”Jag skulle vilja kunna välja vilken affär dom handlar i.”

”Jag skulle vilja kunna välja mellan två maträtter.”

”Kryddhyllan i köket och vitrinskåpet i sovrummet dom får jag aldrig torkade.”

”Jag vill gå ut längre sträckor och få frisk luft. Jag vill inte gå runt här eller stå i porten som vissa gör, det kan kvitta.”

”Jag vill få tvättat oftare än vad dom gör.”

Reflektion

De flesta av vårdtagarna var nöjda med den hjälp de fick, men förmedlade också att de anpassat sina behov av hjälp efter vad som erbjuds. Alla vårdtagare beskrev att de kunde lämna synpunkter och föra fram önskemål. Samtidigt förmedlade de att de uppfattar vissa synpunkter och önskemål som omöjliga att få gehör för på grund av hemtjänstens organisation och regler. Eva Wikström, forskare vid FoU Välfärd i Södra Småland, menar att ett av hindren för inflytande är riktlinjer och att man som vårdtagare vet vad man *inte* kan få hjälp med. Andra hinder är tiden - man hinner inte fråga; beroendet - man vill inte tjata; och kunskap - man vet så lite¹¹.

Eva Wikström beskriver tre olika perspektiv som påverkar hur arbetet organiseras; de sociala, medicinska och marknadsekonomiska perspektiven. För den som behöver äldreomsorg är det olika roller som erbjuds i de olika perspektiven: brukare som behöver hjälp till självhjälp, vårdtagare som tar emot omsorg eller kund som köper hemtjänst. Det sociala perspektivet betonar relationer och situationsanpassad hjälp vilket stärker vårdtagarens inflytande i vardagen. Samtidigt innebär situationsanpassad hjälp att det är svårt att beräkna hur länge personalen stannar och hur den situationsanpassade hjälpen påverkar även andra vårdtagare. Det både ökar och minskar inflytandet över hjälpen¹².

En reflektion är att normrationell biståndsbedömning ofta skapar behov av riktlinjer och regler för att kunna bedöma om en person har rätt till hjälp eller inte. Det underlättar i biståndsbedömningen om vad vårdtagaren har rätt till eller inte rätt till, är tydligt definierat. Det bidrar i sig till att vad som ska göras eller inte göras också blir mer hanterbart för hemtjänstpersonalen. Peter Westlund beskriver att det även kan få effekten att behov riskerar att omtolkas till vilka tjänster som finns att erbjuda¹³. Han beskriver som ett talande exempel att vara oförmögen att

¹¹ Eva Wikström, Inflytandets paradoxer, Äldreomsorg, tidningen för kompetensutveckling 4/2006 Brukarinflytande.

¹² Eva Wikström (2005) Inflytandets paradoxer – möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten.

¹³ Peter Westlund, Föreskriven och faktisk handläggning, Äldreomsorg tidningen för kompetensutveckling 6/2006 I handläggningens utmarker.

laga mat och behöva hjälp i samband med matlagning inte är detsamma som att ha behov av matdistribution.

En annan reflektion är att hemtjänsten idag ofta har ett marknadsekonomiskt perspektiv. Vårdtagaren har bedömts ha rätt till att "köpa hemtjänsten/tjänsterna" av en biståndsbedömare som beställer genomförande av insatserna. Tjänsterna ska utföras effektivt inom en bestämd tidsram och vårdtagaren debiteras enligt timtaxa. Fokus hamnar lätt på insatsen som beställts och därmed också på vad som *inte* beställts, och på tidsåtgång snarare än på vårdtagaren, situationen och samspelet mellan vårdtagare och personal.

Vad är det då som vårdtagarna behövde och ville påverka? Många önskemål handlade om att få hjälp av samma personal. Ett annat tema var att få information om och att kunna påverka vem som kommer, när och vilken hjälp som ges vid dagens besök. Det var en viktig aspekt av inflytande att kunna planera sin vardag och veta vad som händer idag. Ett tredje tema handlade mer om tjänsterna i sig: att kunna få välja mataffär, välja maträtt vid matleverans och att kunna få hjälp med småsaker, ofta kopplat till städning.

Ingrid Hjalmarson vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum menar att studier av kundval i hemtjänsten har visat att vårdtagarna är nöjda med att få välja utförarenhet, men att de inte tycker att det valet är det viktigaste. Vårdtagarna vill hellre ha inflytande över vilken hjälp de ska få, hur den ska utföras och av vilka personer hjälpen ska ges¹⁴. Vad vårdtagarna i Centrum vill påverka ligger nära vad som kommit fram i dessa studier.

En reflektion är att det kanske inte är en slump att de tjänster vårdtagarna vill påverka ofta handlar om mat och städning? För många vårdtagare är maten det som delar in dagen och det som också kan vara dagens höjdpunkter. Hemmet är den plats där vårdtagarna vistas mestadels när de inte längre orkar ta sig ut och umgås med andra. Det är också inom dessa områden vårdtagarna i allmänhet först brukar bli beroende av hjälp när krafterna tryter. Mat och hem kan också vara uttryck för vem jag är, hur jag levt mitt liv eller vilka vanor och vilken smak jag har. Mat och hem kan vara två betydelsefulla arenor för självbestämmande och integritet.

¹⁴ Ingrid Hjalmarson (2006) Man söker inte hjälp i onödan, Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:1

Möjliga förbättringsområden/frågor att diskutera:

Kan hemtjänsten i Centrum vara tydligare med vad som går att påverka och fokusera på vad som är möjligt, snarare än på vad som inte går? Håller hemtjänsten vad den lovar i information, rutiner och utfästelser och lovar all personal i Centrum samma saker utifrån det?

Vem som hjälper vårdtagaren, när och med vad har en stark koppling till både organisation och riktlinjer/regler. Vilken möjlighet har vårdtagaren att påverka och vilka möjligheter har personalen att låta vårdtagaren påverka? Är det vårdtagarens behov hemtjänsten i Centrum tillgodoser eller organisationens tolkning av vad som är vårdtagarens behov (och därmed vad organisationen bedömer som möjligt att tillgodose och hantera)? Hur flexibel kan Centrums äldreomsorg vara utifrån individuella behov?

Omsorgs- och personkontinuitet

Ungefär hälften av vårdtagarna uppgav att de får olika hjälp beroende på vem i personalgruppen som kommer. Flera tyckte att det var rimligt att det blir olika hjälp utifrån att personalen är olika som individer. De flesta beskrev att det var besvärligt att behöva visa och berätta vad som ska göras för nya personer. Några berättade att det är kontaktpersonen som beskriver för vikarien vad som ska göras. En vårdtagare uppfattade omsorgsplanen som ett verktyg för att hjälpen ska bli utförd på samma sätt oavsett vem som kommer.

”Dom flesta kan mig redan. Min kontaktperson talar om vad som ska göras och vad som gäller.”

”Jag får undervisa och visa vad som ska göras. Det är besvärligt när det kommer nya.”

”Det har nog blivit säkrare sedan omsorgsplanen, men det blir ändå olika för det är olika individer.”

De flesta vårdtagarna talade om vikten av att det är samma personer som kommer och att relationen till kontaktpersonen är mycket betydelsefull. Ett par vårdtagare berättade om kontaktpersoner som gör ”det lilla extra”.

”Hon är viktig för mig. Det är bäst när hon är här.”

”Hon ser vad jag behöver hjälp med utan att jag behöver säga till. Hon tar egna initiativ, pysslar, vattnar blommor och sånt.”

Reflektion

De flesta vårdtagarna talade om vikten av att det är samma personer som kommer och att relationen till kontaktpersonen är mycket betydelsefull. I en relation lär man känna varandra, uppmärksammar lättare dagsform och vet hur den andre vill ha det. Det ökar möjligheterna till att fånga behov och vara flexibel.

Vårdtagarna tyckte genomgående att det var besvärligt med ombyte av personal. Den kvalitetsaspekt som fått mest kritik och som värderats som betydelsefull genom åren är just personkontinuitet (och uppgiftskontinuitet). I andra hand kommer den enskildes möjligheter att påverka sin hjälp¹⁵.

Möjligheterna till kontinuitet blev sämre i inledningen av utveckling av målstyrt individuellt arbetssätt med social dokumentation eftersom personalen varit på utbildning och vårdtagarna har mötts av vikarier. Det visade sig också i ett sämre betyg i frågan om personalkontinuitet i kvalitetsfaktorn ”Trygghet” i hemtjänstens årliga brukarundersökning.

Möjliga förbättringsområden/frågor att diskutera:

Är uppgiftskontinuitet möjlig fullt ut? Uppgiftskontinuitet ställer stora krav på en omsorgsplans innehåll och att personalgrupperna i hemtjänsten i Centrum informerar sig om dess innehåll för att den ska kunna ersätta personkontinuitet. Får vårdtagaren det stöd som överenskommit oavsett vem i personalgruppen som kommer?

Hemtjänsten i Centrum använder sig av kontaktmannaskap som ett sätt att öka personkontinuiteten och därmed tryggheten. Vårdtagarna beskriver att hon ”kan mig”, hon vet hur jag vill ha det o.s.v. Är det möjligt utan att bygga en relation?

Hur värderar hemtjänsten i Centrum relationen mellan vårdtagare och personal? Vad är mest styrande när hemtjänsten organiserar omsorgsarbetet, uppgiftskontinuitet eller personkontinuitet?

¹⁵ I Socialstyrelsens undersökning Brukare och anhöriga om kvalitet i äldreomsorgen, Kvalitetsbarometern 1998, 1999, 2002, 2004 och 2005 ges en översiktlig sammanställning av kvalitetsaspekter som dragit till sig kritik och som värderats som betydelsefulla 1998-2005 i fallande angelägenhetsgrad.

Bemötande

Flertalet av vårdtagarna uppgav att de får ett bra bemötande när de lämnar synpunkter och önskemål. Några beskrev att de helst gör det till kontaktperson eller samordnare, inte till vem som helst i personalgruppen. Några beskrev att de kunde lämna synpunkter för att de uppfattar sig som personer som kan säga ifrån och är klara i huvudet. Någon funderade över hur det blir för dem som inte kan det.

”Dom är så trevliga och rara och visar mig respekt. Dom pratar inte över huvudet.”

”Jag kan allt tala för mig och säga ifrån. Jag är ju klar i huvudet.”

Reflektion

Kontaktpersonen är en betydelsefull person och kontinuitet är en viktig kvalitetsaspekt. Hur vårdtagarna upplever kvalitet är starkt kopplat både till relationen till personalen och till bemötande.¹⁶

De flesta vårdtagare var väldigt nöjda med personalens bemötande. Att vårdtagarna var så nöjda med bemötande från personalen trots alla ”regler” kan vara ett utslag av att vårdtagarna uppfattar också personalen som ”utsatt”. I Socialstyrelsens undersökning ”Brukare och anhöriga i äldreomsorgen” (2006) redogörs för att personalens bemötande får mycket goda betyg, medan möjligheterna till påverkan får ett sämre betyg. Skillnaden skulle kunna bero på att personal och brukare upplever att ingen av dem kan påverka möjligheterna att låta den enskilde styra utformningen¹⁷.

¹⁶ I Socialstyrelsens undersökning Brukare och anhöriga om kvalitet i äldreomsorgen, Kvalitetsbarometern 1998, 1999, 2002, 2004 och 2005 finns stöd för att brukarna värderar den personliga relationen som en mycket viktig kvalitetsaspekt.

¹⁷ Socialstyrelsens undersökning Brukare och anhöriga i äldreomsorgen; Kvalitetsbarometern 1998, 1999, 2002, 2004 och 2005.

5. Avslutningsvis

Inte bara Ebba, vårdtagare i hemtjänsten i Centrum i Göteborgs Stad, tycker att det är viktigt med inflytande. Självbestämmande och integritet återkommer som viktiga kvalitetsaspekter i lagtext och olika politiska dokument. Men vad betyder det att ha möjlighet till inflytande och hur når vi dit? Denna intervju-undersökning har försökt belysa frågan.

Vad var det som vårdtagarna i hemtjänsten i Centrum ville ha inflytande över? Ett tema var att få information om och att kunna påverka vem som kommer, när och vilken hjälp som ges vid dagens besök. Många önskemål handlade om att få hjälp av samma personal. Det var en viktig aspekt av inflytande att kunna planera sin vardag och veta vad som händer idag. Ett annat tema handlade mer om tjänsterna i sig: att kunna få välja mataffär, välja maträtt och att kunna få hjälp med småsaker, ofta kopplat till städning.

Vårdtagarnas berättelser visar på att om vi vill utveckla deras möjligheter att påverka sin hjälp kan vi inte bara fokusera på vårdtagarnas möjligheter att påverka på den nivå där hjälpen ska genomföras. Också innehållet i hemtjänstens tjänster och hur den organiseras är av betydelse för hur stora möjligheterna är för vårdtagarna att kunna påverka sin hjälp och sin vardag.

Vårdtagarnas berättelser i denna intervju-undersökning har också pekat på att det är en komplex fråga att ge vårdtagarna möjlighet till inflytande och att vägen dit kan kräva förändringar som kanske inte är möjliga inom ramen för hur hemtjänsten är organiserad idag. Vem som hjälper vårdtagaren när och med vad har en stark koppling till både organisation och riktlinjer/regler. Vilka reella möjligheter har vårdtagaren att påverka och vilka reella möjligheter har personalen att *låta* vårdtagaren påverka? Hemtjänsten använder sig av kontaktmannaskap som ett sätt att öka kontinuiteten och därmed tryggheten. Kontinuitet är kanske den viktigaste kvalitetsaspekten. Men vad är mest styrande när hemtjänsten organiserar sitt arbete, uppgiftskontinuitet eller personkontinuitet?

Avslutningsvis; vad är god kvalitet? Hur vårdtagaren upplever kvaliteten beror både på innehåll och på bemötande från personalen.¹⁸ Det räcker

¹⁸ Gnällspikar eller tillgångar? Klagomålshantering som ett verktyg för kvalitetsutvecklingsarbete och ökat brukarinflytande Arbetsrapport 3:2001 Äldreomsorg och äldreomsorg Luppen kunskapscentrum.

inte att lägga fokus bara på det ena utan att också fokusera det andra. Är de till och med varandras möjliggörare? Rapporten har kallats "Att ha eller inte ha inflytande, det är frågan". Svaret är att vårdtagarna både har och inte har inflytande. Frågan kan också vara om hemtjänsten både kan och vill ge vårdtagarna inflytande? Svaret på den frågan ligger utanför denna studies syfte men kan hemtjänsten låta bli om den ska utvecklas?

Källförteckning

Göteborgs Stad: *Äldreomsorgsplan för Göteborg 2002-2010*

Göteborgs Stad Askim, (2004) *Askimsmodellen, valfrihet och självbestämmande för de äldre i Askim*, Inger Nilsson

Göteborgs Stad Centrum: *Mål och inriktning/Budget 2006 och flerårsplaner 2007-2008 för Göteborgs Stad Centrum*

Hjalmarson Ingrid (2006): *Man söker inte hjälp i onödan*, Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:1

Karlsson Ove: (1999) *Utvärdering - mer än en metod. Tankar och synsätt i utvärderingsforskning*, Svenska kommunförbundet

Kvale Steinar: (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun* Studentlitteratur AB

Luppens kunskapscentrum, Arbetsrapport 3:2001, *Äldreomsorg och äldrevard Gnällspikar eller tillgångar?*

Länsstyrelsen Västra Götalands län: *Social dokumentation inom funktionshinder och äldreomsorg - En vägledning 2006:90*

Prop. 1997/98:113: *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*

Socialstyrelsen: (2006) *Brukare och anhöriga om kvalitet i äldreomsorgen. Kvalitetsbarometern 1998, 1999, 2002, 2004 och 2005*

Socialtjänstlagen 2001:453

Westlund Peter, Sjöberg Arne (2005): *Antonovsky inte Maslow - för en salutogen vård och omsorg*, Fortbildningsförlaget

Westlund Peter: *Föreskriven och faktisk handläggning, Äldreomsorg-tidningen för kompetensutveckling, 6/2006 I handläggningens utmarker*

Westlund Peter: *Modeller för beslutsfattande, Äldreomsorg-tidningen för kompetensutveckling, 6/2006 I handläggningens utmarker*

Wikström Eva (2005): *Inflytandets paradoxer - möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten, licentiatavhandling Växjö universitet, Växjö*

Wikström Eva: *Inflytandets paradoxer Äldreomsorg-tidningen för kompetensutveckling, 4/2006 Brukarinflytande*

Bilaga 1: Individuell omsorgsplan



Göteborgs Stad
Centrum

1

2006-12-13

Genomförandeplan inom hemtjänsten Överenskommelse för omsorgs- och serviceinsatser

Namn		Postkod	Personnummer
Adress, väningplan		Postnummer/Ort	Telefonnummer
Anhörig/Närstående Telefon: Kan ringas nattetid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Anhörig/Närstående Telefon: Kan ringas nattetid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kontaktperson Arbetslag/Lokal: Telefon: Säkrast:		Biståndsbeförare Telefon: Säkrast:	
God man Ekonomisk <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Namn: Adress: Postnummer/Ort: Telefon:		Hemjukvård/Hemrehab <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sjuksköterska: Telefon: Arbetsterapeut: Telefon: Sjukgymnast: Telefon:	
Övriga kontakter Namn: Telefon:		Larm <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Nyckel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Nyckelnr: APO-dos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Ansvarsovertag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Dagvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Växelvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Anhörigstöd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

 Denna sida får bytas ut och ändras löpande.
 Senaste exemplaret ska sparas och tillförs personakt när ärendet avslutas.

1. Bakgrund:

2. Social situation, nätverk och intressen:

3. Hälsotillstånd:

4. Beviljat bistånd/Omsorgs- och serviceinsatser

Morgon:

Middag:

Kväll:

Natt:

Särskilda behov och önskemål:

5. Hälso- och sjukvårdsinsatser:

6. Mål för vård- och omsorgsinsatser

Datum/Signatur

7. Arbetsmetoder

Datum/Signatur

8. Uppföljning/Utvärdering

Datum/Signatur

9. Deltagare vid omsorgsplaneringen:

Ort den

.....
Underskrift

.....
Underskrift

.....
Underskrift

.....
Underskrift

*Denna sida utgör en del av den sociala akten. Text får enbart ändras genom
Tillägg av text eller genom att stryka ett enkelt streck över text och signera ändring.
Sidan tillförs personakt när ärendet avslutas.*

Bilaga 2: Intervjuguide

INLEDNING

Orientering om syftet med intervjun

Info om att uppgifterna hanteras konfidentiellt, att intervjuaren har tystnadsplikt, samt att det som framkommer kommer att avidentifieras

Info om hur bandspelaren och dess innehåll hanteras

BAKGRUND

Ålder?

Kön?

Ensamboende?

Hur ofta har du hjälp?

Hur länge har du haft hjälp?

Vet du vem som är kontaktperson?

OMSORGSPLANENS TILLKOMST, SYFTE OCH ANVÄNDNING

Hur gick det till när du och din kontaktperson tog fram din omsorgsplan?

Fick du information före, vad är meningen/syftet med planen? Hur kändes det/ vad tänkte du?

Är det någon skillnad på att ha en omsorgsplan eller inte? Om skillnad vilken är skillnaden?

Vem är planen till för? (Personal eller vårdtagare?) Hur använder ni den? Hur ofta?

Vad hände efter det att ni tagit fram den? Har ni följt upp den?

MÅL FÖR UTFÖRANDET/INDIVIDUELLA BEHOV

Vilket mål har ni satt upp för den hjälp du får?

Hur stämmer dina behov av hjälp överens med den hjälp du får?

INFLYTANDE

Kan du påverka den hjälp du får och hur den utförs?

Hur stämmer hjälpen överens med hur just du vill ha din hjälp?

Vad betyder inflytande och att kunna påverka den hjälp du får av hemtjänst för dig?

KONTINUITET

Vet personalen som kommer vilken hjälp du behöver?

Får du samma hjälp av all personal?

BEMÖTANDE

Har du fått möjlighet att framföra synpunkter och önskemål på hur din hjälp ska utföras?

Hur togs dina synpunkter och önskemål emot?

Bilaga 3: Veckoplanering

Veckoplanering för hemtjänst *Hur vård- och omsorgsinsatserna ska utföras*

Ange här detaljerat vilka insatser som ges och hur de utförs, förmiddag, middag, eftermiddag, kväll och natt, dag för dag veckans alla dagar. Nedan följer en checklista över vilka livsområden som kan vara aktuella. Det som Ni inte skriver enligt nedan förutsätts vårdtagaren klara själv eller med hjälp av andra än hemtjänsten. Notera individuella behov och önskemål särskilt.

Om Ni inte använder den elektroniska utgåvan av omsorgsplanen, använd följande mall för veckoplaneringen:

<p>Måndag <u>Förmiddag:</u> <u>Middag:</u> <u>Eftermiddag:</u> <u>Kväll:</u> <u>Natt:</u></p>
--

Checklista:

Särskilda behov och önskemål: Gå noga igenom och skriv ner individuella och särskilda önskemål.

Hygien: bad och dusch, hjälp med att tvätta sig, nagel-och fotvård, tand- och munvård, hårvård, rakning, toalettbesök, inkontinenshjälpmedel, på/avklädning.

Förflyttning: Hjälpmedel, utevistelse, gå i trappor, rullstol, gå ur och i säng, ta sig ur och i stol, vända sig i sängen

Måltider: kostvanor, äta och dricka.

Läkemedel: Ange om det är handräckning eller om det finns ansvarsövertagande från sjukvården.

Bostaden: Städning, bäddning, inköp, tvätt, ekonomi.

Aktivering, intressen, sociala kontakter: Kontakter, intressen
aktiviteter. Behövs ledsagning, påminnelse

Kommunikation: Behöver hjälp med, syn, hörsel, tal, ordförståelse.

Veckoplanering/Hur vård- och omsorgsinsatserna ska utföras

Måndag

Förmiddag:

Middag:

Eftermiddag:

Kväll:

Natt:

Tisdag

Förmiddag:

Middag:

Eftermiddag:

Kväll:

Natt:

Onsdag

Förmiddag:

Middag:

Eftermiddag:

Kväll:

Natt:

Torsdag

Förmiddag:

Middag:

Eftermiddag:

Kväll:

Natt:

Fredag

Förmiddag:

Middag:

Eftermiddag:

Kväll:

Natt:

Helg

Förmiddag:

Middag:

Eftermiddag:

Kväll:

Natt: